

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Das Indefinições da Profissão Enfermagem às Indefinições da
Formação em Serviço:
estudo de caso em contexto hospitalar

Alice Maria Ferreira Gonçalves

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação
Especialização em Formação, Profissões e Identidade
Orientação: Prof^a. Doutora Natércia Pacheco
Novembro 2003

RESUMO

A formação dos profissionais de saúde vai ganhando algum protagonismo, tornando-se principal meio social e institucional potenciador de desenvolvimento de competências, o que lhe permite consolidar a sua importância e responsabilidades no sucesso da qualidade das instituições. Neste sentido a Formação em Serviço é a entidade institucional responsável pela formação em contexto de trabalho.

É no âmbito deste entendimento de Formação em Serviço e com o contributo de uma multi-referencialidade conceptual própria das Ciências da Educação, que analisamos a Formação em Serviço na especificidade de um Serviço hospitalar- num Hospital Geral, na cidade do Porto.

A recolha de informação permitiu um melhor conhecimento sobre a relação que as enfermeiras estabelecem com Formação em Serviço naquele local de trabalho e que Formação em Serviço desejariam obter. Tendo como recurso interpretativo a História de Enfermagem, a Formação de Adultos, a Formação Permanente em Enfermagem e a Formação em Serviço pudemos interpretar, reflectir e explicitar a Formação em Serviço presente na dinâmica observada.

ABSTRACT

The Health Professional Education is warning some principle figure, becoming the potency principal social and institutional instrument of skills development, which became consolidate its importance and responsibility in quality's success of institutions. In this way the Educational Service is the institutional figure responsible for the work's education.

It is under the understanding of Educational Service concept and with the contribution of a conceptual multi-reference, intrinsic to Educational Science, that we analyse the specificity of an Educational Service in hospital infirmary- that of the General's Hospital in Porto.

The information gathering allowed a better knowledge of the link that nurses have with Educational Service in that specificity place and what the nurses wish for this kind of education. Having as interpretative resource the Nurse's History, the Adults Education, the Nurse's Permanente Education and Educational Service, we could interpret, ponder and explain the Education Service means in the dynamics observed.

RESUMÉ

La formation des professionnelles de santé a acquis quelque protagonisme, étant principal moyen social et institutionnel potentiel de développement de compétences, ce que leur permet de consolider son importance et responsabilité dans le succès de la qualité des institutions. Dans ce sens la Formation en Service c'est l' Institution la responsable pour la formation en contexte de travail.

C'est dans ce contour de l' entendement de Formation en Service et avec le contribue d'une multi-référencialité conceptuel propre des Sciences de l' Education, qu'ont analysé la Formation en Service dans la spécification d'un service hospitalier- dans un Hôpital Geral, dans la ville de Porto.

Le recueillement de l'information a permis une meilleure connaissance sur la relation que les infirmières ont établie avec la Formation en Service dans le local de travail et que Formation en Service ils voulaient avoir. Ayant comme recours interprétatif l'Histoire du Métier D'Infirmier, Formation D'Adulte, Formation Permanent du Métier D'Infirmier et Formation en Service nous pouvons interpréter, réfléchir et expliciter la Formation en Service présente dans la dynamique observée.

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta investigação várias pessoas que comigo colaboraram e a quem gostaria de expressar um profundo agradecimento.

Não quero deixar de começar pelo apoio dos colegas que me ajudaram a iniciar este percurso, que se tornaram um “ganho” de amizade que mantemos.

Ao Hospital Geral situs na cidade do Porto, em particular à Enfermeira Directora, que facultou o acesso à instituição para realização da investigação e da disponibilidade para conceder uma entrevista.

À Enfermeira Responsável pelo Centro de Formação e Aperfeiçoamento do Pessoal, que se disponibilizou nas diversas entrevistas exploratórias, no acesso à documentação sobre o Centro e à entrevista realizada.

À Enfermeira Chefe, que se disponibilizou para o desenvolvimento da investigação através do acesso ao seu serviço e à realização da entrevista.

À Enfermeira Especialista, que participou nesta investigação com a colaboração na entrevista e nas reflexões sobre a formação.

Aos Enfermeiros, pela sua colaboração no estudo e no entusiasmo como me receberam e com quem troquei momentos de alegria, de angústia, de cumplicidade, um agradecimento muito especial pelos seus contributos pessoais e profissionais.

Aos Enfermeiros do Serviço de Medicina que se disponibilizaram que eu participasse no seu quotidiano de trabalho e que proporcionaram momentos de reflexão e de apoio.

Aos coordenadores e professores de mestrado pelas oportunidades que proporcionaram para a partilha de saberes e pelos contributos no delinear de uma investigação mais reflectida e aprofundada.

À Prof.Doutora Natércia Pacheco, minha orientadora de mestrado, por me orientar neste percurso, pelo questionamento constante com que sempre acompanhou a investigação. Agradeço a disponibilidade e o apoio que sempre concedeu, nomeadamente as suas palavras de incentivo.

À Lisete, pelo incentivo e estímulo à escrita, pela leitura reflectida e crítica dos pedaços desta dissertação, pela partilha dos momentos de angústia e de alegria, isto só é possível numa grande e profunda amizade.

Aos meus pais, irmã, cunhado e sobrinhos que sempre estiveram presentes com o seu carinho, apoio, compreensão e “equilíbrio emocional” que sustenta uma vida partilhada.

MUITO OBRIGADA

INDICE

INTRODUÇÃO	1
I- PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	4
II - A LEITURA SINGULAR	9
III – APONTAMENTOS SOBRE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM	21
III.1- O processo de desenvolvimento	22
III.2 - A formação de profissionais	50
III.3- Contributos de estudos sobre e para Enfermagem	61
III.4 – O Modelo Teórico de Nancy Roper	63
III.5 – As perspectivas da actualidade da Enfermagem	66
IV – “RADIOGRAFANDO” O CAMPO DA FORMAÇÃO	73
IV.1 - Formação de adultos	73
IV.1.1 - Autoformação	75
IV.2 - Formação Permanente em Enfermagem	78
IV.2.1 – Percurso da Formação Permanente em Portugal	79
IV.3 - Modelos de formação	82
IV.4 - A Formação Permanente em Contexto Hospitalar	89
IV.5 - Formação em serviço	91
V- UMA “ECOGRAFIA DO SERVIÇO”	102
V.1 – Uma abordagem generalizada	104
V.1.1. - A documentação utilizada	104
V.1.2 – A opinião expressa	107
V.2- A prática efectiva da Formação em Serviço	113
V.2.1- Organização da Formação em Serviço	117
V.2.2- Desenvolvimento da Formação em Serviço	128
V.2.3- Efeitos da Formação em Serviço	140
V.2.4 – Em jeito de reflexão	148

VI - PARA ONDE SE QUER CAMINHAR.....	154
VI.1- Caminho a percorrer	157
BIBLIOGRAFIA.....	163
ANEXOS.....	172

INTRODUÇÃO

A *Política da Saúde* tem como objectivo prioritário o investimento nos Recursos Humanos através do incentivo à Formação Profissional Contínua, promovendo a necessária actualização e o desenvolvimento de competências e qualificações de profissionais de saúde.

Assim, a *formação* dos profissionais de saúde tem ganho algum protagonismo, tornando-se o principal meio social e institucional potenciador do desenvolvimento de competências, o que promete consolidar a sua importância e responsabilidade no sucesso da qualidade das instituições.

Os *utentes* que beneficiam do Sistema de Saúde possuem cada vez mais informação actualizada, o que tem vindo a incentivar uma aposta na **qualidade** na sua forma global. O utente tem vindo a ganhar valor estratégico dominante, sendo colocado no centro das preocupações e no coração do funcionamento dos serviços de saúde.

Enquanto investigadora com formação inicial na área de Enfermagem, complementada e enriquecida com a Licenciatura em Ciências da Educação, considereei pertinente articular estas duas áreas realizando uma investigação que contribuisse para compreender melhor a Formação em Enfermagem.

Esta investigação visa a produção de conhecimento sobre a Formação em Serviço na dimensão pessoal e profissional, privilegiando a articulação entre os aspectos teóricos e a prática quotidiana. Tendo em conta que a Formação em Enfermagem em contexto profissional é também um campo de intervenção das Ciências da Educação consideramos pertinente a realização no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação na especialidade Formação, Identidades e Profissões.

A opção por esta investigação, no âmbito da temática geral da Formação em Serviço decorreu das vivências por nós experienciadas na vida profissional, onde têm vindo a emergir diversos sentimentos de insatisfação. A tomada de consciência do dilema vivido pelas/os enfermeiras/os entre o que está instituído no domínio da formação e a implementação concreta desta formação, entre os ideais de um trabalho de qualidade e a angústia vivida no terreno, constituíram-se em factores decisórios para esta opção. Neste percurso que fomos

efectuando tornou-se para nós prioritário o aprofundar saberes no domínio da formação a partir de um quadro teórico multirreferencial permitindo articular a abordagem das Ciências da Educação com os saberes e práticas da Enfermagem.

A dissertação de mestrado organiza-se em torno de seis capítulos cuja sequência nos permite compreender a Formação em Serviço em Enfermagem através da singularidade de um contexto e, simultaneamente, dar conta do desenrolar do processo de investigação.

No primeiro capítulo, por considerarmos ser imprescindível situarmos e definirmos os pontos de partida desta investigação, daremos conta da problemática, do problema e do objecto de estudo.

No segundo capítulo, analisamos todo o processo de trabalho de campo. Começamos por abordar o processo de investigação de um estudo de caso e o processo de análise.

No terceiro capítulo, analisaremos a História da Enfermagem ao nível das práticas e da formação. Daremos ênfase à visibilidade da Enfermagem nas diferentes épocas.

Em seguida, procuramos desenvolver um enquadramento teórico de referência, potenciador e possibilitador de uma leitura fundamentada e reflectida do trabalho de terreno. Neste sentido, a análise da Formação de Adultos com realce para a autoformação, tem lugar no quarto capítulo onde reflectimos ainda a evolução da Formação Permanente em Enfermagem. Os modelos de formação são também analisados destacando aqueles que se aplicam actualmente na Formação Permanente em Enfermagem. Como a instituição, em que realizamos este estudo possui um centro de formação, consideramos pertinente analisar a sua função e o seu historial, dado que esta, directa ou indirectamente, influencia a Formação em Serviço. Além disso, também analisamos a legislação referente à Formação em Serviço e as suas diferentes fases da planificação

Abordaremos, no quinto capítulo, a definição de Formação em Serviço, o papel da Formação em Serviço na Instituição Hospitalar e, ainda, a relação que as/os enfermeiras/os estabelecem com a Formação Contínua enunciada pelos profissionais que participaram no estudo. Analisamos ainda os documentos que recolhemos ao longo do estudo. Por fim, o trabalho de terreno

e as entrevistas serão alvo de uma análise detalhada de onde decorre um cruzamento com o enquadramento teórico. Este trabalho é apoiado em três eixos de análise, constituídos pela a organização, desenvolvimento e efeitos da Formação em Serviço. Procuraremos cruzar a reflexão sobre a situação actual da Formação em Serviço, sobre a qual temos vindo a investigar e sobre aquela que é apontada como desejável pelas/os enfermeiras/os que connosco colaboraram.

No último capítulo, em jeito de conclusão (conscientes de que esta investigação nunca está concluída) procuramos olhar de forma mais abrangente a Formação Permanente em Enfermagem e a Formação em Serviço e para os caminhos que desmontam na formação.

I- PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Da familiaridade com a Formação em Serviço (parte integrante no quotidiano profissional) foi emergindo uma reflexão da qual sublinhamos alguns pontos: a Formação em Serviço como uma parcela da Formação Permanente em Enfermagem, a dinâmica da Formação em Serviço e a tendência para a tecnização das actividades das/os enfermeiras/os, a satisfação das necessidades e expectativas das/os enfermeiras/os relativamente à Formação em Serviço.

Recolhemos informação, em bibliografia diversa, sobre a evolução histórica da Enfermagem, particularmente, no que diz respeito à construção da profissão e às práticas da Enfermagem e à Formação Permanente.

Para aprofundar estes pontos de reflexão foi fundamental delinear as nossas concepções de Formação Permanente e de Formação em Serviço confrontando-as com as que estão expressas na diversa legislação produzida desde 1967.

No conceito de Formação Permanente englobamos a Formação Contínua e a Formação em Serviço porque, como diz Alarcão, a Formação Contínua "*visa aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional*", e a Formação em Serviço é "*a formação que se desenrola em simultâneo com a prática profissional, com a mesma finalidade da anterior*" (cit por Veiga et al, 1995:36). A primeira definição tem uma perspectiva mais lata da formação, envolvendo a vertente pessoal e profissional. Enquanto, a segunda é uma formação mais específica, é realizada no contexto de trabalho.

Com efeito, a Formação Permanente para Enfermeiros, a cargo da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem (Carvalho, 1996), teve início em 1967 e permaneceu até 1991 ano de aprovação da nova carreira de Enfermagem. O Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro nos artigos 63 e 64 dedica-se à Formação Contínua e à Formação em Serviço.

Como a Formação Permanente em Enfermagem é uma área muito vasta, constitui e integra uma entidade mais específica que é a Formação em Serviço. Esta tem como objectivo a "*satisfação das necessidades do pessoal de Enfermagem da unidade, e das necessidades individuais de cada membro*

do grupo” segundo Decreto-lei 437/91, de 8 de Novembro. A Formação é contextualizada numa unidade de cuidados e no respectivo grupo de trabalho. Ao ser realizada em tempo e local de trabalho pretende assim, resolver os problemas de formação das/os enfermeiras/os e simultaneamente os problemas do serviço.

No mesmo Decreto-lei no seu artigo 63º é abordada a Formação Contínua. Este artigo identifica *“as estruturas de formação que devem assegurar a formação continua dos enfermeiros”*¹ e refere que *“os enfermeiros têm utilização de um período correspondente a quarenta e duas horas por ano, em comissão gratuita de serviço, para efeitos de actualização e aperfeiçoamento profissional”*². Esta perspectiva de Formação está ligada à actualização de conhecimentos, que poderemos considerar serem técnicos ou de outra vertente. A linha apresentada por Canário (1999:14), aponta também neste sentido, quando refere a existência de um segundo pólo (Formação Profissional). Esta refere-se aos processos *“orientados para a qualificação e requalificação acelerada da mão-de-obra, entendidas como requisitos prévios e indispensáveis a uma política desenvolvimentista. Esta perspectiva da formação profissional contínua está estreitamente ligada aos primórdios da educação de adultos e ao conceito de educação permanente”*.

Realmente verificamos que as opções para as actividades de formação são escolhidas de diversas formas. Numa realidade institucional pode existir uma grande ambiguidade na escolha pois, por um lado, ao profissional falta-lhe a legitimidade para escolher a sua autoformação (embora segundo a legislação da Formação em Serviço, esta deva satisfazer as necessidades individuais) e, por outro lado o profissional está dependente da identificação das necessidades do serviço pela/o enfermeira/o chefe e enfermeira/o responsável pela formação. Estas necessidades podem ser de ordem tecnicista, devido à evolução da tecnologia ou de ordem humana, nomeadamente nas relações interpessoais. Ao nível pessoal, os motivos que por vezes subjazem à selecção das/os enfermeiras/os são prioritariamente de ordem de defesa/ comodismo

¹ Ponto 1

² Ponto 2, mas este crédito pode ser ultrapassada até ao limite de 105 hora por ano (Decreto-lei nº174/2001 de 3 de Setembro)

(fuga ao serviço, cansaço, “burnout”³, progressão na carreira, “fazer currículo”, conferência de tema aliciante, etc.).

Ao analisarmos as circunstâncias em que as “aprendizagens” ocorrem verificamos que, por vezes estas não reúnem as condições necessárias para a formação do adulto⁴. Esta constatação tornou-se para nós evidente pelo número de participantes, pela metodologia utilizada (biomédica), assim como na falta de partilha de informação, sendo, parte desta, esquecida.

As instituições que legalmente decidem relativamente à formação a oferecer- ou impor- tendem a situar esta perspectiva assente na “falta” do saber dos formandos. Com efeito, embora haja uma necessidade de actualização constante, a formação é ministrada sem ter em conta os saberes anteriores dos formandos.

Canário (1998:20) refere que para combater esta perspectiva de formação é necessário valorizar a *“articulação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social e colectiva do exercício do trabalho, a relação complexa entre saberes teóricos e saberes construídos na acção”*. Assim, *“convida a valorizar a dimensão estratégica da formação e não as suas eventuais repercussões no imediato, conduz a reequacionar criticamente as preocupações de “eficácia” da formação”*. No nosso ponto de vista deverá existir uma coexistência de “produção de produtos de formação (acções, cursos, estágios) de qualidade” que nos permita uma actualização dos conhecimentos tendo em conta os “problemas de qualidade” que os profissionais, em situações de incerteza, deverão equacionar e resolver, promovendo uma formação mais abrangente e ao mesmo tempo eficaz. Esta formação exige uma actualização de saberes constituídos e uma valorização dos saberes experienciais, pois existe uma interacção entre estes, permitindo uma evolução do conhecimento.

As acções de Formação em Serviço terão tanto mais impacto se existir uma articulação entre os motivos institucionais e a vontade individual e, desta forma, poderão tornar-se um motor de motivação para a mudança necessária,

³ burnout “é a resposta do organismo ao stress não aliviada e contínuo, ou seja, é a consequência de contínuas exigências em que a já não há capacidade de reacção por parte do indivíduo (respostas negativas ao stress)” (Loff,2003:13)

⁴ estas questões são aprofundadas no capítulo referente à “Radiografando” o campo da Formação”

para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelas/os enfermeiras/os. Por seu lado, a inclusão de momentos de formação diversificados como treino, sessões de informação, estágios, formação de campo e avaliação proporcionam uma maior articulação entre a formação teórica e a prática.

É nesse sentido que Nunes (1995:28), defende que se deve caminhar no sentido da articulação entre o ensino e o exercício, delegando às Escolas Superiores de Enfermagem um papel mais interventivo na Formação em Serviço. A sua intervenção poderá ser realizada como um meio de apoio aos profissionais, nomeadamente proporcionar momentos de reflexão das práticas e de motivação para a realização de trabalhos ou projectos em conjunto. Poderemos então, articular e relacionar a realidade escolar e organizacional. A presença de alunos nos serviços será um motor de arranque para esta articulação através do seu incentivo, demonstrando a sua pertinência. Neste sentido, surgem trocas, intercâmbios entre as duas instituições, com componentes de reflexão e investigação.

Tendo como objectivo de estudo a Formação em Serviço na especificidade de um serviço hospitalar procuramos :

- Situar o desenvolvimento da Enfermagem em diferentes épocas, tendo em conta as suas dependências da Política de Saúde, nomeadamente no que refere às práticas e à formação dos seus profissionais,
- Identificar a avaliação da Formação em Serviço feita pelas/os enfermeiras/os em particular:
 - nos reflexos/impacto da Formação em Serviço nas práticas,
 - nas expectativas relativamente à Formação em Serviço pelas/os enfermeiras/os.

Estas inquietações que constituem a nossa problemática, que impulsionam constantemente a novos questionamentos, conduziram-nos à elaboração do problema da investigação: Qual a relação que os profissionais de Enfermagem estabelecem com a Formação em Serviço?

Identificada a problemática, elaborado o problema, tornou-se pertinente definir o nosso objecto de estudo: a Formação em Serviço na especificidade de um Serviço hospitalar.

No decorrer da investigação que íamos realizando o trabalho de construção teórica foi crescendo simultaneamente com o trabalho desenvolvido no terreno.

Assim, foi-se tornando necessário aprofundar teoricamente alguns conceitos para que o trabalho empírico fosse alcançado: Formação, Modalidades de Formação, Formação Permanente em Enfermagem e Formação em Serviço.

Sustentando a investigação neste quadro teórico de referência consideramos poder reflectir criticamente sobre a forma como a Formação em Serviço incentiva e consolida os saberes profissionais e, ainda, como influencia as práticas quotidianas.

II - A LEITURA SINGULAR

Nos últimos anos, diversas pesquisas de orientação qualitativa abordam o estudo dos percursos e espaços de formação das/os enfermeiras/os. Também, este estudo possui uma orientação qualitativa. Não estava nas nossas intenções determinar relações de causalidade ou chegar a leis universais, mas procurou-se compreender as dinâmicas de carácter local, vivenciadas no contexto específico de um hospital.

Poupart (1981:46) concebe a metodologia qualitativa como um “processo fundamentalmente indutivo”, em que o projecto de investigação não está predefinido.

A investigação qualitativa, ao pretender ir ao encontro do “contexto da descoberta”, formula teorias, hipóteses ou modelos por “indução analítica”. Esta forma de investigação tendo em conta as questões que levantamos tem maior relevo no âmbito de produção sentido do que “o contexto de prova” ou da verificação.

Simultaneamente a interacção entre quem realiza a pesquisa e o grupo de enfermeiras/os, duração da estadia no meio e registo das observações permitiram um aprofundamento significativo. Atendendo à especificidade da temática, ao tempo que dispúnhamos e ao objecto de estudo definido, foi imperioso delimitar o contexto de trabalho.

Inicialmente tentámos identificar o melhor contexto para realizar a investigação através de uma abordagem exploratória efectuada através de várias conversas informais com enfermeiras/os de diferentes serviços. Em cada Serviço a que nos deslocamos, procurámos encontrar uma dinâmica de Formação em Serviço, que permitisse estudar a relação entre as/os enfermeiras/os e a Formação em Serviço. Nestas entrevistas abordámos a formação de enfermeiras/os com profissionais que se encontravam a realizar o Complemento de Formação em Enfermagem⁵. Na sequência deste processo

⁵ Os profissionais com grau académico de bacharelato devem frequentar um ano lectivo com aproveitamento numa Escola Superior de Enfermagem, a fim de obter o grau académico de licenciado.

concluímos que o Serviço de Medicina de um hospital público do Porto, reunia as condições para a realização deste estudo.

Inerente a esta escolha, a disponibilidade e abertura que os profissionais demonstraram, o facto de sermos profissionais da mesma instituição hospitalar, e as ligações de amizade que nos unem a alguns elementos do Serviço, tornou-se uma mais valia para a investigação. Com efeito, o conhecimento prévio das actividades frequentes de formação, em que as/os enfermeiras/os participam activamente, constituindo-se num grupo acessível, onde predomina a colaboração entre profissionais com diversos anos experiência permitiu-nos um ambiente de confiança e a obtenção de respostas e reflexões que não seriam viáveis num ambiente desconhecido. Pudemos assim abordar enfermeiras/os que exercem funções naquele Serviço para que nos facilitassem o acesso ao Serviço e à Enfermeira Chefe.

No primeiro contacto com a Enfermeira Chefe explicámos a intenção do trabalho e tempo previstos de permanência no Serviço, com observação das actividades das/os enfermeiras/os⁶, análise das notas de enfermagem, protocolos, observação das acções de formação realizadas no Serviço (durante o ano de 2002) e, ainda, com a realização de algumas entrevistas à Enfermeira Chefe, Enfermeira Especialista e mais dois enfermeiros. A Enfermeira Chefe concordou com o estudo e estipulou o dia para a nossa apresentação ao grupo.

Em seguida, prosseguimos com as diligências burocráticas em que falamos pessoalmente com a Directora de Enfermagem do Hospital, que não colocou obstáculos, dispondo-se a ser entrevistada. Entretanto, procedemos aos aspectos legais, formalizando o pedido através de um ofício da Faculdade, que foi aceite.

A escolha de um grupo de profissionais foi feita através de uma amostragem intencional com o intuito de constituir um grupo representativo de enfermeiras/os daquele serviço. O grupo é constituído por elementos com grau académico de bacharelato ou licenciatura, com diversos anos de idade e de experiência profissional (de 1 a 25 anos). Estes factores são importantes, pois podem condicionar a perspectiva de formação e das práticas. A escolha deste

⁶ 1 mês diariamente (nos diferentes turnos), incluindo fins de semana.

grupo foi efectuada com ajuda de um informante privilegiado, tendo um grande conhecimento do universo.

Tivemos a preocupação em referir que as/os enfermeiras/os são identificadas/os nos registos com nomes fictícios para manter o seu anonimato. De igual modo não facultaremos o nosso diário, já que contém registos confidenciais.

Estudo caso

Optamos pelo estudo de caso porque permite reunir informações tão detalhadas quanto possível e apreender a totalidade das situações. Esta opção reside na necessidade de compreender em pormenor o sistema e as formas de construção pelos sujeitos da sua realidade com validade local, isto é caracteriza-se pelo facto de reunir informações *"tão numerosas e tão detalhadas quanto possível com vista a apreender a totalidade de uma situação. Por isso ele recorre a técnicas de colecta das informações igualmente variadas (observações, entrevistas, documentos)"* (De Bruyne et al., 1991:224-225). Neste sentido, o estudo caso tem a particularidade de ter como objecto de estudo um fenómeno integrado numa realidade específica, em que as fronteiras entre o fenómeno e a realidade em que está inserido são indefinidas, obrigando ao investigador a utilização de várias fontes para proceder ao seu estudo.

O próprio investigador implica-se na pesquisa através do contacto directo com as pessoas e as situações, recolhendo dados de forma intensiva. Esta perspectiva de metodologia de estudo implica que seja realizada e analisada aprofundadamente num contexto de estudo restrito. É de salientar que o investigador não deseja generalizar os resultados obtidos, dado que o estudo só pretender analisar os fenómenos num contexto específico.

Os instrumentos utilizados neste trabalho são a observação, as entrevistas, o diário e os documentos. Queremos realçar que alguns destes foi difícil o seu acesso dado à dinâmica e organização da Formação em Serviço naquele contexto

Observação

Na observação, nós somos o principal instrumento. Assim, frequentamos o local em estudo, com o sentido de entender melhor as acções das/os enfermeiras/os. As acções são melhor compreendidas quando são observadas no seu ambiente habitual de ocorrência.

No início permanecemos no local para observar o tipo de relações que as/os enfermeiras/os estabeleciam entre si, por que método de trabalho optavam, que material de suporte privilegiavam nas suas actividades (folhas de notas de enfermagem e de registo), de que forma era organizado o plano de actividades, a distribuição de salas pelas/os enfermeiras/os, as rotinas estabelecidas e o horário das diferentes actividades. Em seguida, começamos por acompanhar as/os diferentes enfermeiras/os do grupo a estudar nas suas actividades e de acordo com o seu horário.

As observações eram contínuas, de modo a assistir à passagem de turno, à organização das/os enfermeiras/os e das respectivas actividades e cuidados de enfermagem. No início permanecíamos 6 a 12 horas por dia, depois períodos de 3 a 4 horas, em que tínhamos o cuidado de observar o início ou fim do turno, de modo a colher uma informação mais alargada.

É de referir que não nos foi facultada a observação das reuniões de serviço, pois a Enfermeira Chefe considerou que se tratava de problemas internos ao serviço e não de momentos de formação. Esta decisão é discutível, dado que consideramos que as reuniões de serviço são um meio de formação, exigindo uma reflexão sobre os cuidados prestados e a dinâmica da organização do serviço, sendo por excelência um momento de auto e hetero/formação⁷.

Durante a observação tivemos a preocupação de nos distanciarmos da nossa "roupagem" profissional, através do autocontrole sistemático, com uma distânciação/implicação-participação, o que constitui para nós um processo de resocialização.

Estabelecemos estratégias e definimos procedimentos que nos permitiram tomar em consideração as experiências do ponto de vista das/os enfermeiras/os. Embora tivéssemos um posicionamento de distânciação,

⁷ Ver no Desenvolvimento da Formação em Serviço, ponto V.2.2

mantendo uma reflexão prudente, foi necessário participar em alguns cuidados de enfermagem, questionar alguns procedimentos (cuidados, posturas e relacionamento com familiares) das/os enfermeiras/os, reflectir em conjunto sobre modelos de formação e a ligação que elas/es estabelecem com o seu saber e as suas práticas, para obter uma maior informação.

Diário

Os nossos registos escritos sob a forma de diário, que nos acompanharam durante toda a investigação, foram um precioso instrumento de análise. Nele registamos notas metodológicas e as reflexões que íamos produzindo, transcrevemos as entrevistas exploratórias estabelecidas com diferentes enfermeiras/os da instituição hospitalar na escolha do campo de estudo, as reflexões pessoais, as dificuldades encontradas, os constrangimentos com que nos deparamos, as observações realizadas, os processos e procedimentos associados com a pesquisa de terreno, foram igualmente registados.

O primeiro registo no diário era realizado no momento em que as/os enfermeiras/os realizavam as suas notas de enfermagem. Consistia de um registo imediato sobre as observações realizadas e, ao mesmo tempo, tentávamos registar os diálogos estabelecidos pelas/os enfermeiras/os neste período, as reflexões sobre as situações vivenciadas, as suas expectativas, as suas necessidades pessoais e profissionais e de relatos descritivos sobre o serviço. Muitas vezes intervínhamos nas suas conversas com objectivo de descobrir a interpretação dada a acontecimentos que nós observávamos. O segundo registo no diário era realizado ao fim do dia, longe das/os enfermeiras/os observadas/os, seguindo a perspectiva de Vancrayenest (1990:3) que refere a necessidade de *"escrever quotidianamente pequenos factos organizados em torno de um vivido na instituição"*.

Entrevista

A entrevista surge paralelamente à observação e à análise de documentos. É utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo-nos desenvolver uma ideia sobre a maneira como

as/os enfermeiras/os interpretam os aspectos da Formação em Serviço. Neste sentido, a entrevista é uma técnica de recolha de informações *“que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas seleccionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo o grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informações”* (Ketele e Roegiers, 1999:22).

As entrevistas foram semiestruturadas permitindo obter dados comparáveis entre várias/os enfermeiras/os. A orientação das entrevistas foi baseada em pontos de discussão sobre a temática: a definição do conceito, os objectivos da formação, a identificação das necessidades de formação, a participação na elaboração do plano de formação, o modelo de formação utilizado, os objectivos das acções de formação, os recursos institucionais que mobilizam, a articulação entre a formação e a prática, a importância dos momentos de formação, as modificações que gostariam de implementar na Formação em Serviço. No entanto, especificamos alguns pontos de discussão nas entrevistas à Responsável pela Formação em Serviço ao nível hospitalar e à Enfermeira Directora, com o objectivo de identificar a sua dinâmica institucional. O pedido de autorização para gravar foi aceite por todos à excepção da Directora de Enfermagem.

Para a realização das entrevistas elaboramos algumas linhas orientadoras que incidiam em três vertentes: identificar a definição de Formação em Serviço, identificar a planificação e desenvolvimento da Formação em Serviço e identificar o papel da Formação em Serviço no contexto de trabalho.

Neste sentido foram estruturados alguns pontos de referência, que são enumerados de acordo com as três vertentes:

- Como define a Formação em Serviço?
- De que forma devem ser identificadas as necessidades? De que forma deve ser estruturado o plano anual da formação? Que periodicidade devem ter as acções de formação? Qual o objectivo da Formação em Serviço? Que tipo de acções de formação devem ser realizadas? Que tipo de participação deve existir neste tipo de formação? É necessária a existência de acções de formação? Que recursos institucionais mobilizam no

desenvolvimento do seu papel de prestadores de cuidados? Que significados atribuem a estes recursos? De que forma são identificadas as necessidades de formação? Que tipo de participação existe nesta formação? Que tipo de acção de formação são realizadas? Frequentam actividades de formação? Procuram informação junto de outros técnicos de saúde, à enfermeira-chefe, a colegas? Como vivem os momentos diários, como por exemplo, as passagens de turno? As/os enfermeiras/os dialogam entre si sobre os problemas e cuidados de enfermagem?

- Que tipo de articulação deve existir entre a formação e prática? Como analisam as condições de prestação de cuidados e que relação estabelecem entre estes e a sua formação? Que relação estabelecem entre a formação e a situação de trabalho? Que significado atribuem às actividades e como intervêm na sua prática? Lêem livros e/ou revistas científicas? Como constróem os princípios que as/os conduzem a alterar as suas práticas? Sistematizam os procedimentos e os critérios que devem ser desenvolvidos?.

Fontes documentais

Partilhamos a distinção entre as fontes de informação primárias e secundárias. As fontes primárias são materiais que se reúnem em primeira mão e têm uma relação directa com pessoas, situações ou acontecimentos que são estudados. Contudo, não podem ser aceites acriticamente, porque se esses materiais se destinam a ser estudados é essencial situá-los no contexto. Estas fontes foram apreendidas através no nosso contacto com as/os enfermeiras/os, pela nossa observação e pela realização das entrevistas. As fontes secundárias, ou seja, materiais já publicados, no nosso caso são a bibliografia nacional e internacional, teses que procuramos nos Mestrados realizados e revistas publicadas no âmbito das Ciências da Educação e das Ciências da Enfermagem, legislação, on line e todo o material escrito sobre as

notas de enfermagem, as folhas que as/os enfermeiras/os utilizam para os seus registos, os protocolos de enfermagem existentes no Serviço e o Boletim Informativo Interno do Hospital em relação à CFAP⁸.

Perante estas fontes primárias e secundárias, considerámos a perspectiva a partir da qual os materiais foram produzidos (nomeadamente a nossa observação, notas de enfermagem, folhas de registos e os protocolos de enfermagem), na medida em que apenas revelam as formas de ver ou analisar as situações, não se confundido com estas.

Análise

A análise para Krippendorff (cit. por Vala, 1986:103) é definida por *“uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto”*.

É a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição de sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas, Bardin (1979).

A nossa análise foi realizada de forma indutiva, as abstrações foram construídas à medida que os dados particulares foram recolhidos e agrupados. Uma teoria desenvolvida deste modo procede com base na inter-relação de muitas peças individuais de informação recolhida, é o que se designa por *teoria fundamentada* (Glaser e Strauss cit. por Bogdan e Biklen, 1994). O investigador que planeie construir uma teoria sobre o seu objecto de estudo, numa perspectiva qualitativa reconhece que a mesma começa a surgir após a recolha de dados e a permanência junto aos sujeitos. O processo de análise dos dados é como um funil: no início é um campo amplo, aberto mas, com o decorrer da releitura vai ficando mais fechado e específico.

A análise dos dados é um processo de busca e de organização sistemática da transcrição de entrevistas, de observações e de documentos com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão e de permitir apresentar aos outros aquilo que encontramos. A análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, a divisão em unidades manipuláveis, a

⁸ CFAP- Centro de Formação e Aperfeiçoamento do Pessoal

síntese, a procura de padrões, a descoberta dos aspectos importantes, do que deve ser apreendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros.

Burgess (1997:158-159) refere que muitas vezes os investigadores são confrontados com questões de validade do seu trabalho, já que muitas vezes lhe perguntam: em que medida é que a presença do investigador influencia o modo como os dados são gerados? Para combater este problema, ele propõe aquilo que designa de estratégias múltiplas de pesquisa de terreno com o objectivo de verificar a fiabilidade.

O resultado é a recomendação de analisar a convergência de dados de vários tipos. Bem como a convergência de informações obtidas no âmbito de um só tipo.

A escolha das categorias de análise foram surgindo ao longo das reflexão da entrevistas e dos registos. No entanto, os três eixos (Organização, Desenvolvimento e Efeitos da Formação em Serviço) surgiram em primeira instância, porque desejávamos analisar a operacionalização da Formação em Serviço, naquele contexto específico.

No eixo - **Organização da Formação em Serviço** tínhamos como objectivo identificar a forma como era organizada a Formação em Serviço, neste contexto específico. Assim, emergiram duas categorias. A primeira, Diagnóstico da Necessidades surgiu por acharmos que é a primeira fase no processo da operacionalização da Formação em Serviço. As suas subcategorias correspondem às diferentes vertentes do processo de identificação das necessidades- Quem realiza o diagnóstico (as pessoas que o realizam), instrumentos utilizados (procedimento e os meios utilizados).

Nos instrumentos utilizados foram identificados uma grande diversidade, em que alguns são referenciados mas que não se encontra uma definição, como é o exemplo da "linguagem utilizada", em que é referido por uma entrevistada.

A segunda categoria- Plano de decisão tentamos identificar todos as fases para a sua execução, tais como: o plano de formação, a escolha das temáticas e dos formadores, recursos humanos, temporais, financeiros, estruturais, materiais, a população alvo e a orientação na elaboração da acção de formação.

No segundo eixo- **Desenvolvimento da Formação em Serviço**, em relação à sua primeira subcategoria- Actividades desenvolvidas-, as/os enfermeiras/os foram identificando várias actividades: a elaboração de trabalhos, de normas, de protocolos, e outras, nomeadamente a responsabilidade de turno, palestrar, orientação de alunos e integração de enfermeiras/os. Estas últimas, pertencente ao item - Outras, foram referenciadas por uma entrevistada que não exerce funções naquele serviço.

Na categoria- Modelo de Formação em contexto de sala de Formação- as/os enfermeiras/os foram referenciando algumas características sobre as acções de formação realizadas, as mais evidentes são: expositivas, tecnicistas e teóricas.

A categoria- Momentos de Formação-, as/os enfermeiras/os referenciaram diversos momentos e outros que surgiram com a nossa análise, como: a heteroformação, a autoformação, a integração de enfermeiras/os, a passagem de turno, a visita médica, a reunião de serviço, as refeições e a auto/heteroformação.

A integração de enfermeiras/os exige à/ao enfermeira/o que integra e a/o que está a integrar uma troca, um desenvolvimento e um aprofundamento de conhecimentos. A passagem de turno é um momento por excelência em que as/os enfermeiras/os, muitas vezes, avaliam os seus cuidados e trocam as suas experiências, permitindo momentos de auto e heteroformação. A visita médica é referenciada pela Enfermeira Directora, mas que esta não existe neste contexto, nos moldes referidos. A reunião de serviço é um momento em que as/os enfermeiras/os discutem diversos problemas. As refeições foram eleitas por nós, porque é um momento de descontração em que muitas temáticas são discutidas e por vezes resolvidos os conflitos.

O terceiro eixo- **Efeitos da Formação em Serviço**, tinha como intenção analisar de que forma a Formação em Serviço repercute nas práticas, e na motivação das/os enfermeiras/os. Além disso, queríamos identificar a forma como se processa a avaliação da Formação em Serviço e a desejável para o grupo de enfermeiras/os que colaboraram connosco.

Na categoria- Resposta às expectativas-, queríamos identificar se a Formação em Serviço era realizada de acordo com os desejos das/os

enfermeiras/os. Surgiram duas subcategorias expressas em duas formas- negativa e positiva.

Na categoria- Avaliação da Formação em Serviço previsto legalmente-, é caracterizada por dois momentos- relatório final e certificação das acções de formação.

Na categoria- Motivação das/os enfermeiras/os, o objectivo é identificar se a estruturação e a implementação da Formação em Serviço interfere na sua motivação. Foi identificado várias subcategorias: a disponibilidade das/os enfermeiras/os, a comparação entre a formação (análise entre a actual e antecessora Formação em Serviço), a obrigação (na participação e na pesquisa), a intervenção da chefia (a sua intervenção pode influenciar a motivação das/os enfermeiras/os), a participação das/os enfermeiras/os (ex. na dinâmica da Formação), o interesse das/os enfermeiras/os (sensibilidade para a Formação em Serviço).

Na categoria- Efeitos das Acções de Formação- permite identificar os momentos que surgem após a acções de formação.

A categoria- Alteração nas práticas-, as/os enfermeiras/os identificam três fases que a Formação em Serviço influencia as suas práticas – a regressão, a não valorização e a sua postura, que no seu conjunto são negativas.

E por último, a categoria Formação em Serviço Desejável, as/os enfermeiras/os foram referenciando de que forma a Formação em Serviço deveria ser dinamizada e implementada no seu serviço. Nesta categoria foram definidas várias subcategorias que poderemos dizer que percorre todo o percurso da Formação em Serviço: os momentos de hetero e autoformação, a sua definição, a actuação, a motivação das/os enfermeiras/os, a certificação, a identificação das necessidade, as actividades, o método de formação, a participação das/os enfermeiras/os, a transmissão de informação e a avaliação da formação.

Na análise de cada categoria surgiram diferentes unidades de sentido com o mesmo significado que tinham como origem as diferentes entrevistas. Para não sobrecarregar o texto seleccionamos uma unidade de sentido, no caso de opinião contrária, nós referenciamos a respectiva unidade de sentido. Também é de referir que na transcrição de algumas unidades de sentido

tivemos o cuidado de as estruturar para a sua melhor compreensão, mas sem retirar o seu significado.

Dado que temos bastante material, a análise foi realizada duma forma sistematizada, para tal, identificamos as entrevistas por letras: A- entrevista à Responsável pelo CFAP (Centro de Formação e Aperfeiçoamento do Pessoal), B- entrevista à Responsável pela Formação em Serviço (Enfermeira Especialista), C- Entrevista à Enfermeira Chefe, D- entrevista à Maria (Enfermeira de grau I) E - entrevista ao João (Enfermeiro graduado). A entrevista da Enfermeira Directora que não foi gravada, como tal vamos referi-la como um registo. Nas grelhas da análise as citações em itálico referem-se aos excertos das entrevistas, em seguida da letra correspondente à entrevista e a página.

Para melhor estrutura do texto quando referimos à entrevista A, escreveremos a Enfermeira A e conseqüentemente para as outras entrevistas.

III – APONTAMENTOS SOBRE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Tendo em conta que a Enfermagem foi constituindo a sua identidade profissional ao longo dos tempos convém situar a Formação em Enfermagem no quadro da própria História da Enfermagem. Esta visualização da História de Enfermagem está situada numa perspectiva ocidental, embora tenhamos consciência da existência de influências de outros povos, o que nos conduziu à inclusão de pequenas referências sobre estas.

A carreira de enfermagem é uma profissão ao serviço do Homem. Por isso, ao longo da História, esta cresceu a par e à sombra da Religião, por ser considerada uma “missão de dedicação” (ver p.ex. Nogueira, 1990).

O progresso da Medicina e da Enfermagem está relacionado com o ambiente nacional ou internacional e com o movimento geral da História, dependendo de múltiplas coordenadas como:

- *“a paz e bem-estar de um povo,*
- *a abundância de bens materiais,*
- *a segurança e organização social,*
- *o relacionamento com outros povos mais cultos, etc.”*

(Nogueira, 1990:9)

A História da Enfermagem está interligada com a História dos Hospitais. O crescimento dos profissionais está, na maioria das vezes, dependente do crescimento das unidades hospitalares. No entanto, o aperfeiçoamento das instituições condiciona a preparação dos seus profissionais, uma vez que prestam cuidados directos aos doentes hospitalizados.

De igual modo, o desenvolvimento da Enfermagem depende muitas vezes do desenvolvimento da Medicina. A implementação de novas técnicas médicas levanta a necessidade de formar e dispor de profissionais de enfermagem competentes, com a intenção de auxiliarem os médicos.

As questões sociais também influenciam o desenvolvimento e o exercício da Enfermagem. A preocupação da sociedade em relação ao bem-estar dos seus membros permite que as autoridades desenvolvam a Saúde Pública, de modo a promover a acessibilidade da população aos cuidados

médicos. Neste sentido, a aceitação da Enfermagem é promovida e desenvolvida através do seu combate à doença (ver p.ex. Nogueira, 1990).

III.1- O processo de desenvolvimento

Neste momento achamos pertinente referenciar períodos da História que ilustram o desenvolvimento da Medicina e, conseqüentemente, da Enfermagem.

Aos povos primitivos podemos associar a medicina supersticiosa, pela existência de pinturas e trepanações de crânios. A partir dos povos do Mediterrâneo surgem formas (figurinhas ou sinais convencionais) representando palavras, que permitem aos homens transmitirem as suas ideias por escrito. No Egito,

"a Medicina era muito dominada pela Religião, em que os médicos eram os sacerdotes, os hospitais eram os templos, e os livros de Medicina confundiam-se com os da Teologia. Julgava-se que as doenças eram causadas pelos espíritos, era com invocações e esconjuros que se procurava obter o seu favor ou expulsar a sua influência" (Nogueira, 1990:17).

No período por volta de 2000 antes de Cristo, os Assírios dão lugar à Medicina mais racional. Apareceram médicos não sacerdotes e especialistas com competência reconhecida, no qual a sua actuação permitiu uma diminuição dos esconjuros e fórmulas supersticiosas, e iniciaram-se utilizar com tratamentos os banhos, as compressas, as ventosas e os remédios compostos de muitos ingredientes (ver p. ex. Nogueira, 1990).

Por volta dos séculos VI e V antes de Cristo registou-se uma transformação ao nível da Cultura Grega, com os cientistas a tornarem-se mais positivos, racionais e experimentadores. Foi neste período que a *"Medicina atingiu o mais alto grau e perfeição da antiguidade com o médico Hipócrates"* (Nogueira, 1990:24). O médico deve ter uma postura de alta conduta profissional, observando o mais minuciosamente possível os sintomas da doença e registando os seus sinais físicos. O tratamento das doenças era feito através da utilização de cataplasmas e emplastros.

Em 293 antes de Cristo, devido a uma forte epidemia, os Romanos construíram um templo como agradecimento ao seu deus, pelo abrandamento da peste. A importância deste templo advém da sua transformação como o principal centro hospitalar da Capital do Império. Nele eram recebidos sacerdotes, enfermos, plebeus e escravos e os seus tratamentos eram feitos à base de banhos e da administração de ritos e abluções sagradas, com a esperança que nalguma noite o deus aparecesse aos seus devotos intercessores a revelar-lhes o remédio da sua enfermidade. Aqui, mantém-se uma forte ligação entre a Religião e a Medicina, embora existisse uma evolução nos tratamentos. Os romanos mostraram-se muito habilidosos e cuidadosos nas medidas da Saúde Pública e estavam mais voltados para as realizações práticas do que para investigações (ver p.ex. Nogueira, 1990).

A meio do século I depois de Cristo, começou a sentir-se em Roma a influência da Religião Cristã. Esta Religião trazia como sua doutrina, o amor e auxílio aos mais necessitados. Mas, foram necessários dois séculos para que esta se pudesse manifestar publicamente. Quando a Cristandade começava a produzir efeitos com as diaconias, (estabelecimentos da Igreja para a distribuição de socorros aos pobres e de cuidados aos enfermos), a cidade foi saqueada e afundou-se pelos bárbaros. A civilização passaria para o Oriente, mas a mentalidade cristã foi penetrando nas instituições e modificando as leis.

Para a Igreja, toda a vida humana tem um carácter sagrado e inviolável e que deve ser defendida. Assim, foi construindo albergues e hospícios, com a direcção de sacerdotes ou monges.

Os Muçulmanos desembarcaram na Espanha em 711 e conquistaram toda a Península em 713. A "Reconquista" cristã começou só em meados do séc. VIII. Somente no séc. IX é que as condições melhoraram para uma reorganização e um repovoamento generalizado. Nos finais do séc. IX, todos os bispos a sul do Minho estavam de volta às suas dioceses, mas este optimismo cristão foi prematuro, pois, os Muçulmanos voltaram.

Passados os "5 ou 6 séculos de desorganização e instabilidade político-social e de ignorância, mesmo do clero, que constituem a chamada "Alta Idade Média" (395 a 1096), foi a Europa entrando num período mais estável e calmo" (Nogueira, 1990:37)

Nos séculos XI, XII e XIII surgiu o movimento das cruzadas. As numerosas idas e vindas ao e do Oriente e as relações dos povos da Europa com as gentes daquelas paragens, permitiram aos europeus descobrir novos horizontes, na agricultura, no comércio, na indústria, nas ciências e nas artes. Nesta dinâmica surgiram numerosas fundações e organizações hospitalares.

Também nestes séculos, existiu uma modernização e uma reforma das antigas Ordens de Monges, bem como a fundação de novos Institutos religiosos (ver p.ex. Nogueira, 1990). Cada mosteiro tinha um hospício para os pobres e os enfermos e os cuidados prestados eram realizados por um Padre Enfermeiro e por um Padre Esmoleiro que visitava os enfermos da vizinhança. Também, novos Institutos de frades e freiras nasceram exclusivamente para a Hospitalidade, como por exemplo os Dominicanos, os Franciscanos e as Ordens Terceiras de mulheres que abriram caminho às modernas congregações de religiosas Hospitaleiras (ver p.ex. Nogueira, 1990).

Após as Cruzadas "e sobretudo nos séculos XIV e XV, alguns influentes membros da burguesia e as associações corporativas encheram as cidades de numerosos hospícios" (Nogueira, 1990:43).

O período de 1140 a 1495, corresponde na nossa história a uma época que se estende da Independência Nacional até aos Descobrimentos.

Neste sentido, por abranger vários séculos, consideramos pertinente retratar o mesmo por diferentes fases para uma melhor compreensão da saúde e do papel do profissional de Enfermagem.

Numa primeira fase, logo após a Independência Nacional, existiam algumas práticas caritativas isoladas, que eram mantidas quer por estabelecimentos religiosos, quer por acções pessoais. Ainda não existiam instituições individuais ou colectivas organizadas para fins assistenciais (ver p.ex. Ferreira, 1990).

As ordens religiosas e militares, as confrarias e as irmandades tornaram-se nesta época os grandes fornecedores de pessoas prestadoras de cuidados básicos aos doentes em Portugal. Estas pessoas foram designadas ao longo do tempo como enfermeiros menores, hospitaleiros e hospitaleiras, irmãos e irmãs, religiosos e religiosas, enfermeiras, servos ou simplesmente mulheres (ver p.ex. Graça e Henriques, 2000a).

Contudo, sabemos que os eremitas da Santa Maria de Roca-Amador se espalharam por diversos estabelecimentos hospitalares e similares. Estes prestavam cuidados de enfermagem e exerciam também funções de administração. A ordem referida foi extinta por volta de 1459 e os religiosos foram substituídos, nas suas funções de assistência e administração hospitalar, pelos cônegos regulares de S. João Evangelista ou pela congregação dos Lóios.

Os Lóios *"exerciam, além disso, o ofício de cristaleiros, ou seja, a tarefa de ministrar clisteres (ou purgas) a doentes. Devido aos instrumentos que utilizavam, tinham a alcunha de seringas. Este mister também era realizado por mulheres, como comprova a existência de um lugar de cristaleira em estabelecimentos como o Hospital Real de Todos os Santos e do Hospital Real de Goa"* (Graça e Henriques, 2000 a:2).

A segunda fase inicia-se com a criação de instituições locais caritativas, (por exemplo albergarias) que contaram com a intervenção de rainhas, reis, municípios e outras entidades profanas e religiosas. Estamos, perante a emergência de uma organização de serviços (ver p.ex. Ferreira, 1990).

Em documentos provenientes do período que se estende da Idade Média até ao fim do Antigo Regime encontramos

"a figura da enfermeira religiosa (ou laica) fora do contexto hospitalar, emparceirando-os por exemplo com outros praticantes de artes médicas, que, com ou sem autorização do físico-mor, pululavam pelas cidades e aldeias: curandeiros, algebristas (ou endireitas), emplastradeiras, barbeiros-sangradores, dentistas, mezinhas, parteiras e aparadeiras, cristaleiras e cristaleiros (ou seringas), abafadores (que tinham a sinistra função de apressar a morte em casos de doença terminal, usando para o efeito uma almofada), etc." (Graça, 2000a:11).

Nesta época, a/o enfermeira/o é alguém que não domina uma técnica ou um saber-fazer específico, de quem se espera apenas que trata dos doentes com muita paciência, diligência e caridade. Esta pessoa tem que ser "caridoso, e de boa condição, e sem escândalo" (de acordo com o Regimento do Hospital Real de Todos os Santos,1504). No entanto, existe uma diferenciação de

estatuto entre o pessoal de enfermagem, cabendo ao enfermeiro pequeno a prestação de cuidados de higiene e limpeza (ver p. ex. Graça 2000a).

A terceira fase é marcada pela emergência de uma diferenciação funcional dos serviços criados (Ferreira, 1990:48):

- *“separação progressiva das instituições assistenciais de cuidados no ambulatório ou seja, do tratamento de doentes, das novas instituições incipientes de intervenção,*
- *diferenciação progressiva dos agentes profissionais curadores: físicos, cirurgiões e boticários, barbeiros, sangradores, cristaleiros, etc.,*
- *começo do ensino oficial de físicos e do reconhecimento profissional de físicos, cirurgiões e boticários,*
- *intervenções de acção sanitária promovidas pelos municípios (concelhos) e incentivados pelo poder régio, instituições religiosas e cortes,*
- *disciplina administrativa introduzida pelo poder régio e municipal”.*

A execução da Enfermagem não necessitava de autorização do físico-mor ou do cirurgião-mor do reino, contrariamente à Medicina e à Cirurgia (ver p.ex. Graça, 2000 a).

Segundo Graça (2000 a), da sua leitura dos regimentos hospitalares infere que o conteúdo funcional da Enfermagem se resume essencialmente aos *“cuidados básicos a ministrar aos doentes”*, para além das *“tarefas de limpeza e higiene das enfermarias”*.

- *“Acompanhar as visitas diárias feitas pelo físico ou cirurgião à respectiva enfermaria,*
- *Aplicar os tratamentos prescritos pelo físico ou cirurgião,*
- *Chamar o (e dar assistência ao) barbeiro-sangrador,*

- *Levar os doentes às costas para os banhos e lavá-los (no caso do hospital termal),*
- *Transportar as refeições às enfermarias,*
- *Varrer e limpar as enfermarias,*
- *Fazer as camas e mudar a roupa,*
- *Fazer a vigília dos doentes, incluindo à noite,*
- *Chamar o capelão para a extrema unção,*
- *Amortalhar os cadáveres,*
- *Despejar e limpar diariamente os tanques dos banhos (no caso do hospital termal),*
- *Manter limpas as enfermarias,*
- *Manter limpos os urinóis e os bacios,*
- *Manter limpos os púcaros dos xaropes e purgas, etc.”(p.12).*

O termo monástico irmã (ou irmãzinha) vai mantendo-se como sinónimo da mulher responsável por uma enfermaria, embora exista uma tendência na secularização do pessoal que prestava cuidados básicos aos enfermos. Esta mulher era escolhida entre o pessoal de enfermagem ou de assistência aos doentes e/ou entre as mulheres domésticas da classe alta.

Também em Inglaterra se regista a falta de qualificação e a negligência em relação ao cumprimento dos seus deveres quer das matronas quer das irmãs (ver p.ex. Graça, 2000a).

Em contexto nacional destaca-se o papel de João de Deus (1495-1550), pois tornou-se um verdadeiro percursor das preocupações com a humanização dos hospitais. A sua acção ocorre dois séculos antes destas preocupações terem um papel preponderante em França e Inglaterra (séc. XVIII) (ver p.ex. Graça e Henriques, 2000a).

Pela primeira vez, João de Deus teve a capacidade de separar os doentes de acordo com as patologias. Além disto, os doentes mentais eram tratados de forma mais suave e carinhosa. Teve a preocupação de ventilar as salas destinadas a doenças contagiosas e de usar roupa de cama branca,

lençóis e fronhas. Esta postura permite dizer que ele é o precursor da higiene e da hospitalidade (ver p.ex. Nogueira, 1990).

Após a sua morte, os seus discípulos fundam a Ordem Hospitaleira de S. João de Deus com sede em Roma. Esta ordem laica tem um papel relevante na administração dos hospitais, na assistência dos enfermos, dos soldados e dos marinheiros (ver p.ex. Graça e Henriques, 2000a).

Tende-se para uma *“especialização de acções curativas e reorganização estrutural e funcional dos meios curativos, especialmente dos hospitais”* (Ferreira, 1990:48).

Em meados do séc. XVI as Misericórdias tomam a responsabilidade na administração dos hospitais e desta forma, aumenta a tendência para a laicização. No entanto, a Enfermagem mantém-se em grande parte nas mãos de religiosos/as, pelo menos até à extinção das respectivas ordens em 1834 (ver p.ex. Graça e Henriques, 2000a). As

“Misericórdias tinham como função atender as necessidades corporais e espirituais dos pobres, doentes, prisioneiros, incapacitados, com a intervenção de irmandades permanentes de leigos, homens bons e religiosos. Pela sua constituição, estas irmandades foram simultaneamente cívicas e profundamente cristãs, embora mais laicas do que clericais e proporcionavam aos necessitados uma maior segurança de apoio regular pelos meios financeiros de que passaram a dispor (doações, rendas, ofertas, subsídios régios) e pela aplicação e execução caritativa das obras de Misericórdia” (Ferreira, 1990:100).

As Misericórdias representam a nova política centralizadora aplicada às antigas instituições de assistência. Paralela a estas, existe uma política de hospitais e toda uma estrutura estatal na qual vão-se fundindo, lentamente através da aplicação prática funcional de novas regras administrativas (ver p.ex. Ferreira, 1990).

À medida que as Misericórdias iam sendo fundadas nas cidades, tomavam conta dos hospitais locais. De igual modo, tomaram a seu encargo o cuidado de crianças enjeitadas, expostas e gafarias. Esta propagação das Misericórdias, o espírito de unidade e centralização que predominava, permitiu

que tomassem o monopólio da beneficência, substituindo as outras instituições (ver p.ex. Nogueira, 1990). As Misericórdias tinham um estatuto privativo, mais conhecido por compromisso e foram inicialmente instaladas em dependências de igrejas ou ermidas.

Os jesuítas, embora em escala menor, também intervieram na prestação de cuidados de enfermagem e na administração dos serviços hospitalares (ver p.ex. Graça e Henriques, 2000 a).

Em relação ao aspecto remuneratório no séc. XVI, no que respeita aos prestadores de cuidados directos, o físico tem uma remuneração superior à do boticário e este à do cirurgião. O enfermeiro-mor ganha um pouco menos que o capelão e o dobro da cristaleira (que ministrava os clisteres ou purgas), da enfermeira (responsável por uma enfermaria de mulheres), do ajudante de boticário e do barbeiro-sangrador. Se compararmos quatro ocupações femininas - enfermeira, cristaleira, costureira e lavadeira - com outras tantas ocupações masculinas de qualificação mais ou menos equivalente - enfermeiro, barbeiro-sangrador, despenseiro, cozinheiro - verificamos que o estatuto das mulheres é visivelmente inferior ao dos homens (ver p.ex. Graça, 2000 c).

Além desta distinção de género é de registar a demarcação hierárquica cujo topo superior é ocupado pelos físicos e elementos do clero. Os físicos, provavelmente, eram os únicos a deter um título universitário e a gozar da protecção do rei e do físico-mor.

A "Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros" foi um dos primeiros manuais sobre a Enfermagem que apareceu em Portugal, publicada em 1741, e tinha como objectivo a formação dos noviços do Convento de Elvas. O seu autor é Padre Frei Diogo de Santiago, um religioso de S. João de Deus (ver p.ex. Graça e Henriques, 2000a).

Segundo Nogueira (1990:69 e ss.), a obra está dividida em três partes ou tratados, por sua vez subdivididos em capítulos:

"TRATADO I - contendo advertências para as diversas categorias de religiosos hospitaleiros,

TRATADO II - sobre os cuidados de enfermagem aos doentes,

TRATADO III - sobre a solicitude pastoral para com os hospitalizados, particularmente os que estão a morrer,"(p.70).

No tratado II são definidas algumas características do enfermeiro e dos cuidados prestados.

O recém-nomeado enfermeiro deve apresentar um comportamento de contentamento e estar disposto a tudo, incluindo o sofrimento superior ao do doente, por não poder aliviá-lo como convém. Em relação à aceitação dos doentes no hospital, deve *"exortar ao cumprimento da norma estabelecida entre os Irmãos: de lhes lavar e beijar os pés, excepto se o estado deles não o permita ou aconselhe outro modo de proceder"* (Nogueira, 1990:74).

Este discurso defendendo que o enfermeiro deve sofrer ainda mais do que o enfermo, por não poder aliviá-lo, persiste ainda nos nossos dias no quotidiano das/os enfermeiras/os, isto é, estando a tradição caritativa bem enraizada na Cultura de Enfermagem.

Também na "Postilla" é referenciada a aplicação dos medicamentos mediante a prescrição médica ou cirúrgica (Nogueira, 1990:74).

Os tratamentos tinham como objectivo arrancar líquidos ao organismo, por meio de suadouros, clisteres, a que Padre Santiago *"chama "ajudas", purgantes e sangrias, numa tentativa de restabelecer o equilíbrio do Humor"* (Nogueira, 1990:74). Os tratamentos são bem definidos, com normas e prevendo complicações. Os medicamentos são produtos vegetais e são aplicados por via cutânea através de: aplicações untuosas, unturas, esfregaços, banhos medicamentosos, etc. ... quentes, tépidos ou frios, consoante a situação ou prescrição médica.

Ferreira (1990) caracterizou o quotidiano de um enfermeiro no séc. XVII, da seguinte forma:

" o enfermeiro estava levantado às 3 da madrugada para dar os remédios aos enfermos e promover a limpeza dos locais, utensílios e mobília. Todas as paredes eram caiadas três vezes por ano (...) Às cinco da manhã o enfermeiro mandava tocar à missa e já lá estavam para ouvi-la na igreja o mordomo, escrivão, médico, cirurgião, boticário e enfermeiros (...) Aos enfermeiros se recomendava com muito empenho

que tivesse “muito tento com a roupa dos enfermos tísicos, e ethcos, de chagas, ...”. (p.124-125)

Podemos inferir a indefinição da profissão através da acumulação das actividades espirituais e as próprias de Enfermagem (administração da medicação), isto é era entendida como uma aplicação de tratamentos ou medicamentos mediante a prescrição médica, sem a pretensão ou reivindicação de autonomia técnica (ver p.ex. Nogueira, 1990)⁹.

No séc. XVIII, a Higiene não existia, mesmo nas cidades importantes em que os esgotos e distribuição de água eram inexistentes. Esta problemática foi sendo solucionada ao longo deste século. O desenvolvimento da Medicina no século das luzes advém da reflexão e aplicação daquilo que alcançara nos séculos anteriores. No entanto, no século seguinte é que os resultados das investigações puderam entrar na prática corrente e produzir os seus benefícios.

Os hospitais começaram a ser esvaziados de crianças, velhos e vadios, somente eram internados os doentes. Entre os enfermeiros e serventes, a distinção era frágil, ao nível das funções. Estava bem estabelecido que os enfermeiros eram obrigados

“a muita diligência e paciência, quer para aplicarem os tratamentos ..., quer para levar ao banho, às costas, os doentes ... para os lavar, levar todas as refeições às enfermarias, varrer e limpar estas e fazer as camas, vigiar os enfermos ... chamar o Vigário ... amortilhar os cadáveres ... despejar e limpar diariamente os tanques dos banhos ... ter sempre limpos os urinóis e bacios, bem como os púcaros dos xaropes e purgas” (Nogueira,1990:99).

As atribuições dos enfermeiros e serventes são confusas, porque esta imagem advém da Idade Média em que não existia grande necessidade de instruir e seleccionar o pessoal de enfermagem, pois considerava-se que um pouco de prática e alguma habilidade chegavam para fazer um enfermeiro em condições. No entanto, foi neste século que surgiu a necessidade de formar e

⁹ Actualmente a maioria das populações pensa que os/as enfermeiros/as só fazem o que o médico diz, esta imagem é muitas vezes esbatida com internamentos, quando os doentes observam e analisam os cuidados de enfermagem

seleccionar pessoas que pudessem colaborar com os médicos, dado que os hospitais começaram a ser lugares de tratamento, cura e aplicação de técnicas (ver p. ex. Nogueira, 1990).

Nos registos do Hospital Real de Todos os Santos encontram-se referenciados frequentes abusos praticados pelos enfermeiros e ajudantes (ver p. ex. Graça e Henriques, 2000b), porque não havia exigência quanto à formação e também não havia controle.

A reforma pombalina teve um papel importante na reestruturação do ensino médico, baseando-se na experiência do que já se fazia em alguns países estrangeiros. A estrutura da reforma manteve-se até ao séc. XX, com as adaptações das designações e distribuição das disciplinas.

Ainda no princípio do séc.XIX, as enfermeiras tinham um vencimento inferior ao da engomadeira, açafatas e do pessoal de estatuto social mais elevado como as damas, a camareira-mor ou as damas de honor (ver p. ex. Graça e Henriques, 2000b).

Em pleno séc.XIX era *"usual o recurso aos serviços de enfermeiros pelas famílias nobres e burguesas mais ricas"* (Graça e Henriques 2000 b:3).

A expulsão das ordens religiosas, em 1834 exige a laicização do pessoal hospitalar e a Enfermagem começa a ganhar alguma especificidade e visibilidade. Gradualmente emerge uma diferenciação entre uma Enfermagem hospitalar para os pobres e uma Enfermagem privada para os ricos, a exemplo da Medicina (ver p. ex. Graça e Henriques,2000b)¹⁰.

Em relação aos cuidados de enfermagem no domicílio, estes eram prestados por homens e mulheres habilitados, provavelmente com alguma experiência hospitalar, mas sem qualquer formação específica (ver p.ex. Graça, 2000 c)¹¹.

¹⁰ Consideramos que actualmente ainda persiste a ideia que os hospitais privados são utilizados por pessoas de alto nível social. Contudo sabemos que os cuidados prestados são realizados pelos profissionais hospitalares

¹¹ O que se repete ainda, muitas vezes em pleno séc. XXI. Existem as auxiliares de acção médica que são identificadas como enfermeiras por particulares, muitas vezes porque as próprias se intitulam abusivamente como tal. As pessoas que as contratam provavelmente não têm noção de que a Enfermagem é uma profissão que exige qualificação académica. Estas situações influenciam a identidade da Enfermagem, que esta está a ser minada por diferentes classes profissionais, que os/as próprios/as enfermeiros/as e a sua Ordem não conseguem combater.

Foi necessário percorrer-se quase um século para que, em Portugal, os médicos e os hospitais comessem a preocupar-se com a formação e a profissionalização da Enfermagem. Em 1901, as enfermeiras tem um rendimento ligeiramente superior aos dos criados mas inferior ao de porteiro, ou seja, mantém-se socialmente desvalorizada, mantendo-se no mesmo patamar salarial que o pessoal doméstico (ver p. ex. Graça, 2000 c).

Génese e desenvolvimento da enfermagem

A evolução da Enfermagem em Inglaterra é marcada por duas pioneiras: Florence Nightingale (1820-1910) e a Ethel Fenwick (1857-1947). A sua influência chegou tardiamente a Portugal e marca ainda as práticas da Enfermagem actual.

Na Inglaterra, os cuidados técnicos de enfermagem (como diríamos hoje) eram prestados pelos alunos de medicina. No recrutamento de enfermeiras era exigido como requisito mínimo o saber ler e escrever, mas pela escassez de oferta, as administrações contentavam-se com as mulheres analfabetas. Adivinha-se que esta ocupação era considerada indigna para uma “mulher respeitável”(ver p.ex. Graça, 2000a).

Na segunda metade do séc.XIX, a qualidade dos cuidados de enfermagem melhorou sensivelmente. Florence Nightingale chamou atenção para uma maior compreensão humana dos problemas que enfermagem enfrentava. No entanto, o seu modelo misto, assente em normas conventuais e militares. Queria um sistema de formação de enfermeiras baseado “*no treino, disciplina, na dedicação, na disciplina de ferro e na forte estratificação hierárquica*” (Graça e Henriques, 2000 c:3).

No seu modelo, a enfermeira deixa de ser exclusiva da vocação religiosa. A sua influencia estendeu-se também à implantação das práticas de assepsia, dentro e fora do hospital (ver p.ex. Ferreira, 1990).

O envolvimento de Nightingale como voluntária na guerra de Crimeia e as suas visitas a diferentes instituições (Instituição Kaiserwerth, Irmãs de Caridade de S. Vicente de Paulo- Paris), constituem-se como experiências de vida importantes para a configuração do seu modelo de enfermagem. Com efeito, esta mulher teve que combater a “*falta de recursos, a ausência das mais*

elementares condições de higiene, a hostilidade dos médicos e demais oficiais militares, os preconceitos do sexo masculino, o crescente número de feridos e doentes vindos da frente da batalha, a indisciplina e a falta de preparação das suas nurses, etc..” (Graça e Henriques, 2000 c:4).

Em 1860, surge em Londres por iniciativa de Nightingale a primeira escola profissional de enfermagem ocidental, onde se esperava que a candidatas tivessem condições de vida que lhes permitissem ser disponíveis mas mantendo uma vida social, equilibrada e feliz, livres das restrições com intuito de pôr à disposição dos doentes um número suficiente de enfermeiras felizes. Esta escola era exclusivamente para estudantes femininas.

Assim, os pontos básicos e inovadores do seu programa foram:

- *“Direcção da escola por uma enfermeira, e não por um médico, como se fazia até então nos pequenos e raros cursos dados nos hospitais,*
- *Mais ensino metódico, em vez de apenas ocasional, através da prática,*
- *Seleccção das candidatas, sob ponto de vista físico, moral, intelectual e de aptidão profissional”* (Nogueira, 1990:126-127).

Esta selecção permitiu o ingresso na Enfermagem de jovens educadas e de elevada posição social, o que no passado era excepcional.

Florence Nightingale¹² deu à Enfermagem um novo estatuto socioprofissional e uma nova representação social. A Enfermagem deixou de ser uma espécie de “variante secular da vocação religiosa”, para ser “um respeitável emprego para as mulheres da filantrópica classe alta vitoriana”¹³. Apesar deste avanço, ainda não é considerada a profissão como nos moldes actuais (ver p. ex. Graça e Henriques, 2000 c).

¹² A sua missão de “salvar o mundo”, profundamente ancorada na tradição evangélica, toma para certas feministas a forma de uma obra civilizadora. A profissionalização do trabalho social inscreve historicamente a acção filantrópica no processo de emancipação das mulheres (Käppeli, 1991:560)

¹³ O humanitarismo das primeiras enfermeiras ou ainda a atitude filantrópica na origem do trabalho social profissional, fazem apelo ao coração e às virtudes femininas e estimula a missão social das mulheres (Käppeli, 1991 :560)

A Enfermagem britânica numa primeira análise apresenta-se nos auto-suficiente embora se mantenha sob a dependência da profissão médica. Esta dependência é notória na prestação de cuidados e na administração dos serviços de enfermagem. Na formação, embora enquadrada pelas enfermeiras, a figura do médico tinha um papel central (Graça e Henriques, 2000c:6).

O trabalho de enfermagem partia de duas concepções básicas ambíguas:

- responsabilidade clínica, delegada pelo médico, na prestação diária de cuidados ao doente,
- responsabilidade autónoma pelo bem-estar físico, psicológico e social do doente.

Estas concepções são muito discutidas no início do séc. XX em Portugal, quando são elaborados os currículos nas diferentes escolas. Segundo Soares (1997:63) “ *Ao enfermeiro, além do cumprimento criterioso das prescrições, pertence estabelecer a sua continuidade, a fiscalização e manutenção dos cuidados que devem evitar os prejuízos da doença e representar, para o doente, conforto moral.*”

A primeira concepção exige um grande peso das ciências biomédicas, bem visível numa análise aos currículos das escolas de enfermagem. A segunda é apoiada nas ciências sociais e humanas (ver p. ex. Graça e Henriques 2000c)¹⁴.

Ethel Fenwick (1857-1947) defendeu acerrimamente que a Enfermagem “ *é uma profissão que deve ser exercida por profissionais morais, com grande capacidade e bem treinados*” (Graça, 2002:3). Ela mobilizou todos os meios para influenciar o Parlamento Inglês a votar favoravelmente o “State Registration of nurses”. Este registo consiste na inscrição das enfermeiras num organismo de controlo, autorizado pelo Estado (“general council”) que regulamentasse a profissão a nível nacional.

¹⁴ Actualmente, as/os enfermeiras/os dão muita importância à vertente biomédica. Esta preferência no nosso ponto de vista será numa aproximação do conhecimento médico e assim ganhar uma maior autonomia e visibilidade social. O saber para salvar ainda é muito valorizado. A vertente psicológica é uma área em que as/os enfermeiras/os sentem muita dificuldade, nomeadamente no contacto com o doente e os familiares.

Depois de longos anos de luta em favor da inscrição obrigatória das enfermeiras, Fenwick viu de facto os seus esforços a serem coroados de êxito em 1919. Este organismo identifica o número de enfermeiras e é também responsável por organizar o treino de enfermagem, o exame ao nível nacional e a protecção legal do título “nurse”.

Fenwick decide formar o Conselho Internacional dos Enfermeiros, aliando-se a profissionais de enfermagem de vários países em 1899. Este Conselho é inspirado do Conselho Internacional das Mulheres¹⁵ (ver p.ex. Graça, 2002).

Defendia que a formação das enfermeiras devia obedecer aos seguintes três requisitos:

- um curso de formação de três anos,
- um plano curricular único a nível nacional e
- um exame final.

O modelo de enfermagem americano teve a sua origem no movimento de Fenwick. O seu desenvolvimento é diferenciado em relação à Europa (incluindo Portugal) permitindo a integração no ensino superior universitário e à fundação de American Nurses Association em 1896. Esta dinâmica permitiu um espoletar duma autonomia em relação à Medicina e aos hospitais e à existência de um número substancial de enfermeiras/os com formação universitária, pré e pós-graduada, e com uma forte influência na administração hospitalar, nas associações profissionais bem como no ensino e na investigação em saúde (ver p. ex. Graça e Henriques, 2000c). Este contexto americano influenciou Portugal mais tarde, nos anos 80.

Nos países católicos, o sistema de Nightingale de formação de enfermeiras teve uma implementação mais lenta, dado que predominavam as religiosas nos quadros dos hospitais e as populações mal concebiam a ideia de serem tratados por enfermeiras leigas (ver p. ex. Nogueira, 1990).

¹⁵ A partir do final do século estabelecem-se laços entre algumas filantrópicas e as associações sufragistas (Käppeli, 1991:560)

A acção desenvolvida por Nightingale e Fenwick proporcionou a evolução da Enfermagem e está directamente associada aos movimentos feministas e às próprias estruturas das sociedades¹⁶.

A questão da profissionalização da Enfermagem começa a ser uma realidade sob o impulso do feminismo de 1ª geração¹⁷ (I Guerra Mundial)¹⁸ e de 2ª geração (a seguir à II Guerra Mundial). Nestes períodos, as mulheres começaram a trabalhar nas fábricas¹⁹, campos, tendo um papel preponderante na economia, pois a ausência dos homens para os campos de batalha assim o exigiu. Surgiu a imagem da mulher operária, profissional com poderes económicos (salários) e começando a exigir direitos igualitários aos homens. As guerras começaram a exigir maior número de profissionais de saúde²⁰ para atender aos feridos, o que faz com que a Enfermagem comece a aumentar o número de profissionais e ao mesmo tempo a sua visibilidade²¹. Esta visibilidade é reforçada com o apoio de certas soberanas, em que elas próprias se tornaram “enfermeiras”.

¹⁶ No séc. XIX “uma minoria das mulheres criou para si mesma uma identidade pública por meio do feminismo. Elas entram em cena assumindo por sua conta a Declaração dos Direitos do Homem e defendendo a causa do seu próprio sexo. As sufragistas anunciam uma nova identidade política. Quebrando o silêncio em torno da sexualidade, defendem uma nova moral. A sua luta pelo acesso do mundo profissional lança as bases indispensáveis para a conquista da autonomia económica”(Käppeli, 1991:541)

¹⁷ A questão feminista torna-se “objecto de amplas discussões públicas e o alvo de lutas em numerosos grupos sociais e políticos” (Käppeli, 1991:541). Até à I Guerra Mundial criam-se numerosos Conselhos Nacionais: Portugal (1914). A nível internacional, esses Conselhos têm como único consenso legitimar a participação das mulheres na política (idem:545)

¹⁸ “A Guerra: um parêntesis antes do retorno à normalidade, um teatro de sombras em que as mulheres, na retaguarda, só aparentemente desempenham os papéis principais. Mais do que isso, a guerra teria bloqueado o movimento de emancipação que se esboçava em toda a Europa no início do séc.XX e que se encarnava numa nova mulher económica e sexualmente independente e num poderoso movimento feminista, tão igualitarista como imaginativo. A guerra teria reforçado a identidade masculina em crise nas vésperas do conflito e reposto as mulheres no seu lugar de mães prolíficas, de donas de casa na melhor das hipóteses libertadas pela gestão (management) doméstica, e de esposas submissas e admiradoras”(Thébaud, 1991:33)

¹⁹ “... as mulheres entregues a novas profissões-chefes de famílias, operárias de fábricas de munições, condutoras de eléctricos e, até, auxiliares de exército- é , vê-las adquirir mobilidade e confiança em si próprias (Thébaud, 1991:32)

²⁰ “A força de trabalho feminino posta ao serviço da pátria é valorizada: a enfermeira, mistura de santa e de mãe, é a personagem mais louvada: os soldados temem a entrega que significa submeter-se aos seus cuidados” (Thébaud, 1991:47)

²¹ “De um modo geral, a imprensa e a literatura evocam mais frequentemente as actividades tradicionais das mulheres em tempo de guerra, através das figuras da enfermeira, da senhora de caridade ou da madrinha de guerra, do que as profissões no feminino” (Thébaud, 1991:45). “Personificando a abnegação, a enfermeira, anjo e mãe, é a personagem feminina mais louvada da guerra. A imagem gráfica de uma enfermeira gigantesca embalando um homem em miniatura imobilizado numa maca- realça um novo relacionamento entre os sexos”(Thébaud, 1991:51)

Esta realidade só foi possível em Portugal em meados do séc. XX, demonstrando a lenta evolução da Enfermagem, que teve de combater certos entraves, como por exemplo o salazarismo. Estes entraves surgiram porque o salazarismo não acompanhou o desenvolvimento posterior às guerras.

Nas últimas décadas do séc.XIX ocorreram alterações no plano económico e social, quer pelo processo de industrialização, quer pela emergência de uma classe operária. Este contexto vai permitir a ocorrência de fenómenos sociais de proletarização e de urbanização. Mais tardiamente, já no fim da Monarquia Constitucional (1820-1910) e durante a curta vigência da República (1910-1926) surgem as primeiras tímidas e inoperantes medidas de protecção social da população trabalhadora (ver p. ex. Graça, 2000b).

Até ao fim do séc. XIX, a população portuguesa esteve dependente de três grupos de patologias dominantes: as doenças infecciosas; as carências e excessos alimentares; as doenças e outras perturbações profissionais relacionadas com a expansão industrial (ver p.ex.Ferreira,1990).

No fim do século XIX, *"a higiene ou a saúde do trabalho não pode ser assegurada só pelos cuidados médicos e de medicina preventiva, mas exige a prática completa da saúde pública aplicada a todos os trabalhadores"* (Ferreira, 1990:231). Neste sentido foram organizados dois serviços: o serviço médico da fábrica e o serviço de saúde do trabalho.

O serviço médico do trabalho procura assegurar os cuidados médicos individuais de diagnóstico e terapêutica aos níveis do ambulatório e do internamento hospitalar, da reabilitação, etc.

O serviço de saúde do trabalho tem a função de promover o bem-estar no trabalho.

Em 1901 surgiu a Direcção Geral da Saúde, com a reforma de Ricardo Jorge, que propunha uma higiene social em que os médicos têm protagonismo, essencialmente em cargos de direcção (ver p.ex. Graça, 2000 b).

Ainda não existia a Enfermagem de Saúde Pública²² e às/aos enfermeiras/os eram confiados os cuidados de custódia dos doentes internados, tarefas praticamente indiferenciadas (ver p.ex. Graça e Henriques, 2000 b). A moderna Enfermagem surgiu devido ao facto dos médicos sentirem

²² Enfermagem de Saúde Pública designa por uma especialidade da área de Enfermagem, em que tem como objectivo a prevenção e reabilitação da saúde da população.

a necessidade de trabalhar com assistentes clinicamente melhor qualificadas. Assim, as/os enfermeiras/os não tiveram protagonismo relevante, embora talvez sentissem a necessidade de melhorar a qualidade da Enfermagem. Logo não as poderemos considerar como um projecto profissional de auto-reforma (ver p. ex. Graça, 2000 d).

Embora nos finais do séc. XIX se começasse a configurar uma identidade profissional, somente a partir da segunda metade do séc. XX é que surgem formalmente modificações nas competências exigidas às/aos enfermeiras/aos, devido às exigências médicas e de auto-aprofundamento dos conhecimentos. A formação académica e profissional tem vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente.

A lei de 1901, permite em Portugal a integração de congregações com objectivo educacional ou caritativo. Com a proclamação da República, todas as ordens foram expulsas, mas em 1916 começam a regressar porque existiu uma modificação nas relações entre o Estado e a Igreja (ver p. ex. Soares, 1997). As condições de recrutamento do pessoal são péssimas e a sua remuneração é baixa, apesar do trabalho ser árduo e exigir uma remodelação dos serviços de enfermagem. Estas condições salientavam o perigo do exercício da enfermagem que não se firma pela aquisição prévia de conhecimentos de forma organizada e institucionalizada. Neste sentido, foram criadas várias escolas com o objectivo de habilitar o pessoal de enfermagem através de aprendizagens teóricas e práticas. O comportamento dos alunos é o prolongamento da obediência hierárquica praticada nos serviços hospitalares.

O desempenho internacional das enfermeiras durante a 2ª Guerra permitiu o prestígio e o reconhecimento geral, criando condições para o reconhecimento oficial da profissão, obtendo o apoio dos poderes públicos internacionais. A sua primeira conquista foi a criação do diploma de Estado ao nível francês, devido aos esforços de algumas directoras de escolas de enfermagem. Esta conquista foi alcançada em Portugal, décadas mais tarde. Porém, a *"afirmação profissional é difícil, se não impossível, pela diversidade da origem social e por uma moral de devotamento e abnegação inculcadas com perseverança; a formação é deficiente e as condições de trabalho penosas"* (Soares, 1997:17).

Na segunda guerra mundial em Portugal²³ existia “*um sistema corporativo e ditatorial de organização dos trabalhadores e das relações colectivas de trabalho*” (Graça, 1999:5).

Em 1935 foi aprovado o Regime Geral de Previdência, em que dá reconhecimento às Caixas de Previdência e às Caixas de Reforma. Estas caixas surgem por iniciativa de sindicatos, federações e grêmios patronais com objectivo de abranger os trabalhadores das empresas, com forte corporativismo de associação. O Estado só tem um papel de regulamentador ao nível das contribuições económicas e das modalidades de participação na gestão (ver p. ex. Graça, 1999).

Entre 1937-1945, a Saúde tinha uma vertente caritativo-corporativista e a sua política caracterizava-se pela não intervenção do Estado e pela ausência de qualquer esquema de seguro de saúde/doença.

Em Abril 1946 surgiu a Federação das Caixas de Previdência, que constitui um serviço de cuidados médicos a nível nacional, combatendo a anterior dispersão dos cuidados médicos por vários sindicatos, com diferentes organizações e desiguais regalias dos seus beneficiários. Este serviço, dado que tinha possibilidades financeiras, foi florescendo rapidamente, ignorando os serviços de saúde do Estado e ao mesmo tempo dando regalias aos seus beneficiários (ver p.ex. Ferreira, 1990).

Estes subsistemas de coordenação difícil originaram guerras de competência e rivalidade, impedindo ou dificultando a formação de equipas multidisciplinares indispensáveis à resolução dos problemas de saúde. Assim, os portugueses não tinham um serviço de saúde, mas vários serviços onde predominavam trabalhadores com salários baixos e com pluriemprego. Como consequência cresceu a “*dificuldade de, no futuro, criar um serviço de saúde eficiente de harmonia com a força económica da nação*” (Ferreira, 1990:343).

Até ao final dos anos trinta, as escolas de enfermagem admitiam candidatos de ambos os sexos. Só a partir desta época é que surgiram escolas

²³ É nos anos 20 que surge o Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas, dando posteriormente origem ao Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. Este instrumento importante para a emancipação colectiva, rapidamente é tornado pelo poder político num instrumento controlado por aquele. Em 1934 os sindicatos são criados como instrumento do sistema corporativo e consequentemente delimitados na sua possibilidade de intervenção em defesa dos trabalhadores. São praticamente repartições administrativas responsáveis pelas carteiras profissionais e para garantir a ordem social (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999:53)

de enfermagem que excluía candidatos do sexo masculino. A escolha de elementos femininos advém de ser *“mais facilmente educável, paciente, disciplinada, ordeira e económica”*, porque *“o fundo da resignação e de compaixão da mulher é mais adaptável a uma profissão a que o carácter insubmisso e egoísta dos homens dificilmente se amolda”* (Santos cit. por Soares, 1997:83)

No auge do Estado Novo em 1943, foi imposto às enfermeiras a proibição do casamento, uma medida sexista que só é revogada vinte anos depois (ver p. ex. Graça e Henriques, 2000b).

Devido à falta de enfermeiras/os diplomadas/os, surgiu em 1947 um estatuto de auxiliares de enfermagem, que foi uma solução adhoc, semelhante à encontrada na maioria dos países europeus (ver p. ex. Graça e Henriques, 2000b). Para melhorar o rendimento hospitalar foi necessário mão de obra barata, mas adequadamente preparada.

À/o enfermeira/o é reservado o papel de auxiliar do médico, que executa as tarefas essenciais prescritas por ele, sendo a sua margem de iniciativa bem definida e controlada. Porém, não houve a preocupação de distinguir as competências da/o enfermeira/o e da/o auxiliar de enfermagem. As afirmações genéricas eram de que muitas das actividades não tinham carácter profissional e, como tal, poderiam ser executadas pela/o auxiliar que prestaria o serviço sob a orientação do médico, dos monitores e das/os enfermeiras/os (ver p. ex. Soares, 1997).

No fim dos anos quarenta e na década de cinquenta, o problema de saúde dos portugueses não era encarado globalmente e tinha como resultado agravar as injustiças sociais. Assim, segundo Ferreira (1990:341) *“aquando dos períodos de liberdade condicionada na altura das eleições, dava origem a acesas críticas, pelo que o Governo resolveu criar o Ministério da Saúde (1958)”*.

Entre 1965 e 1974, o número de auxiliares de enfermagem que se formava era superior ao número de enfermeiras/os com o Curso Geral. As/os auxiliares, na prática substituíam sem contrapartidas as/os enfermeiras/os, principalmente nos hospitais e nos serviços médico-sociais da Previdência: reconhecimento formal das suas competências, nível ou estatuto remuneratório, oportunidades de formação profissional, etc., o que acabou por

originar um movimento reivindicativo, mais ou menos manifesto, já a partir de 1969²⁴ (ver p. ex. Graça e Henriques, 2000b).

Em 1968 foi aprovado o estatuto hospitalar que pretendia organizar o sistema hospitalar particular e público e criar carreiras profissionais dos médicos, de enfermagem, de farmácia e de administração (ver p.ex. Graça, 2000b).

As carreiras profissionais foram organizadas por graus e classificados em três tipos. A Enfermagem pertence ao tipo II, que identifica os profissionais com habilitação técnica devidamente titulada (carreira de ensino em enfermagem, carreira de enfermagem de saúde pública, carreira de enfermagem hospitalar, carreira de técnicos terapeutas, carreira de técnicos de serviço social, carreiras de técnicos auxiliares de laboratório, carreira de técnicos auxiliares sanitários). Os profissionais com habilitação de licenciatura universitária (carreira médica de saúde pública, carreira médica hospitalar, carreira farmacêutica, carreira de administração hospitalar, carreira de técnicos superiores de laboratório) pertencem ao tipo I. Os profissionais com habilitação para cargos de pessoal administrativo pertencem ao tipo III (ver p.ex. Ferreira, 1990).

Na época, dado à falta de enfermeiras/os, as/os auxiliares de enfermagem realizavam o trabalho destas. Assim, é com naturalidade os doentes e a população em geral não distinguíssem as diferentes formações. Neste sentido, a população fundamentava a imagem de que para ser enfermeira/o, qualquer pessoa o era, porque as/os auxiliares de enfermagem provinham das classes trabalhadoras²⁵.

A década de 60 veio tornar mais visível a necessidade sentida pelas/os enfermeiras/os de regulamentar e controlar o seu exercício profissional. Tornou-se premente a criação de uma associação profissional de direito público, que adoptasse um código deontológico e um estatuto disciplinar pelos

²⁴ Em 1973 são as organizações profissionais (Associações e Federação dos Sindicatos) que organizam o Primeiro Congresso de Enfermagem onde as temáticas da autonomia da profissão, a formação em enfermagem e as condições de trabalho são vectores unificadores dos/as enfermeiros/as (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999:54)

²⁵ Estas ideias estão a ser combatidas nos últimos anos, quando surgem semelhanças nas notas e obrigatoriedade de exames de acesso para as escolas de enfermagem em relação a outras escolas do Ensino Superior.

quais as/os enfermeiras/os pautassem a sua conduta profissional e, por esta via, garantissem os cuidados de enfermagem.

Ao deixar o Ministério (antes de 16/1/1970), o Dr. Lopo de Carvalho Cancellaria de Abreu (1º Ministro de Saúde no Governo do Marcelo Caetano), exprimiu o seu ponto de vista sobre a alteração das carreiras médicas e de enfermagem e o ensino de enfermagem:

“... está em preparação a absolutamente indispensável reforma da Direcção-Geral de Saúde,

... os estudos para a carreira médica e de enfermagem de saúde pública...

..., e iniciar-se uma campanha intensiva para aumentar substancialmente a assistência médica e de enfermagem aos partos,...

Quanto ao ensino de enfermagem, com auxílio valioso da Fundação Calouste Gulbenkian, estão em construção duas escolas centrais, em Lisboa e no Porto, e em projecto, para iniciar a breve prazo, mais três escolas regionais. E a propósito destas escolas, desejo acrescentar a boa notícia de que em Abril próximo terminarão o seu estágio cerca de 800 novas auxiliares e que ultrapassa 4000 o número actual de alunas que frequentam o curso geral ou de auxiliares das diversas especialidades de enfermagem, elementos estes que muito virão contribuir para debelar a crise de escassez de profissionais deste ramo, que até já obrigou ao encerramento de diversos serviços hospitalares, por absoluta e manifesta falta de pessoal”. (cit. por Ferreira ,1990:365-367).

A criação do Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem, com duração de 20 meses, durante a época de Marcelo Caetano, não teve efeitos práticos. As escolas não tinham uma capacidade de resposta e os serviços, onde as/os auxiliares trabalhavam, tinham dificuldade em dispensá-las (ver p. ex. Graça e Henriques, 2000b).

O direito à saúde só é reconhecido em 1971, dando grandes passos decisivos para a universalização dos cuidados de saúde, com atraso de décadas em relação aos países europeus ocidentais (ver p. ex. Graça, 2000b).

e da eficiência técnica e económica. A satisfação do utente é um elemento importante da avaliação do funcionamento dos estabelecimentos ou serviços dependente do Ministério da Saúde (Base XXX) (ver p.ex. Graça, 2000 e).

Actualmente, quer-nos parecer que os doentes valorizam o trabalho de enfermagem, embora muitas vezes o associem à imagem de auxiliar do médico. Embora, a Enfermagem tenha intervenções autónomas, também se rege por intervenções dependentes, nomeadamente às médicas.

No entanto, as/os enfermeiras/os têm combatido esta imagem, desenvolvendo progressivamente um corpo de saberes e saber-fazer próprio, específico e autónomo relativamente a outros domínios do conhecimento. As Escolas Superiores de Enfermagem têm desempenhado um excelente trabalho, efectuando nomeadamente alterações significativas dos currículos. Por sua vez nos hospitais, cada vez mais existe uma autonomia dos seus cuidados, em que a Enfermagem reafirma um corpo consistente de conhecimentos. Nos nossos dias, a CIPE (Classificação Internacional da Prática da Enfermagem) tem um papel preponderante na sistematização dos cuidados de enfermagem. A CIPE permite a organização e o registo dos dados clínicos, descreve a prática clínica de enfermagem, tal como é vista pelos seus profissionais. Permite, ainda, uma comunicação eficaz entre as/os enfermeiras/os. Esta divide-se em três classificações: fenómenos de enfermagem, acções de enfermagem e resultados em enfermagem. As duas primeiras classificações dividem-se em vários eixos que permitem a caracterização mais completa dos fenómenos e intervenção de enfermagem. A utilização destes conceitos permite a elaboração do plano de cuidados em enfermagem.

Em 1996 surge o Estatuto Profissional dos Enfermeiros/REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), com o Decreto-lei nº161/96 de 4 de Setembro. Este estatuto é uma conquista e um instrumento para a autonomia do exercício profissional em enfermagem, para a relação com e entre outros técnicos, com reconhecimento do papel da/o enfermeira/o na comunidade científica de saúde, anulando as legislações anteriores que colocavam as/os enfermeiras/os apenas como auxiliares dos médicos. O seu aparecimento advém de uma luta persistente e organizada das/os enfermeiras/os portuguesas/es ao longo de muitos anos, que desde 1988 foi

acompanhada pelos diferentes sindicatos de enfermeiros/as. No entanto, os primeiros trabalhos sobre o Estatuto foram criados pelos sindicatos regionais e datam de 1976.

O Governo Português ao regulamentar este Decreto-Lei, permitiu que a Enfermagem passasse a ter um *"instrumento que lhe garante e salvaguarda os direitos e normas deontológicas próprias, a protege no que respeita à sua responsabilidade na prática dos seus cuidados, como permite aos seus profissionais o reconhecimento pleno da sua autonomia e da sua interdisciplinidade profissional como atitude indispensável e subjacente a qualquer agente de saúde que esteja envolvido num processo de prestação de cuidados e que tenha de conhecer o nível das suas intervenções para salvaguardar os direitos dos utentes"* (nota introdutória da Administração Regional de Saúde do Norte, 1996).

Neste regulamento são definidos vários conceitos:

Enfermagem ▶ *"é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível"* (artº4, ponto1). Esta perspectiva holística de Enfermagem vem contrapor a imagem da Enfermagem como uma profissão para tratar doenças. Esta mudança de imagem exigiu um processo longo, começando com as alterações curriculares e culminado com o legitimar dos seus saberes e das suas práticas através do REPE, permitindo a visibilidade da Enfermagem,

Cuidados de Enfermagem ▶: *"são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais"* (artº4, ponto 4). Neste âmbito, consideram-se autónomas *"as acções realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais"* (artº9, ponto2) e podem ser do foro para prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem; consideram-se interdependentes *"as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de*

planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (artº9, ponto 3). As intervenções autónomas têm como base uma metodologia científica que inclui a recolha e apreciação de dados, formulação do diagnóstico de enfermagem, a identificação dos problemas, a elaboração e realização de planos de enfermagem, a execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem e a avaliação dos cuidados de enfermagem,

Enfermeiro ▶ *“é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (artº4, ponto3).*

A criação da Ordem em 1998²⁶ como associação profissional de direito público, permitiu um consenso de todas as organizações profissionais representativas de enfermagem e o desenvolvimento e controlo do exercício profissional. O Estado delega poderes a esta associação,

“reconhecendo à Enfermagem a capacidade de participar nas funções administrativas, legislativas e disciplinares que ao Estado compete assegurar na salvaguarda dos direitos protegidos dos cidadãos, nomeadamente o direito à saúde, integrando nesses direitos, de uma forma explícita e com força de lei, o direito a que todo o cidadão tem a que lhe sejam prestados cuidados de enfermagem com a segurança de que essa prestação seja suportada numa formação qualificada e numa prática profissional concordante com o estado da arte e os princípios ético-deontológicos que a enformam” (Sindicato dos Enfermeiros,1999:58).

Foi ainda reconhecida a capacidade de auto-regulação para a prática do exercício profissional de enfermagem, através da cédula profissional.

Actualmente, há três áreas de actuação específica do pessoal de enfermagem: prestação de cuidados, gestão de serviços e assessoria. A

²⁶ Decreto-lei 104/98, de 21 de Abril

Enfermagem está a sofrer modificações importantes que se podem repercutir no futuro. Estas modificações poderão ser benéficas ou atrasar a sua evolução. Segundo Nogueira (1990:145), o futuro de Enfermagem não é risonho e aponta algumas razões:

- *“Extinção dos cursos intermédios de Auxiliares de enfermagem,*
- *Inexistência de formação e requisitos legais para os chamados Auxiliares de acção médica(antigos ajudantes de enfermaria),*
- *Insuficiência de enfermeiros qualificados (são menos que os médicos),*
- *Tendência de muitos enfermeiros saídos das escolas ficarem empenhados em actividades administrativas e limitarem o seu tempo à cabeceira dos doentes,*
- *Deslocação de considerável número de Enfermeiros para países da Europa, com salários mais compensadores,*
- *As dificuldades económicas crescentes de manter escolas de Enfermagem particulares”.*

Nogueira ao enumerar estas razões, está a referenciar algumas problemáticas actuais, como a qualidade dos cuidados de enfermagem. O número insuficiente de enfermeiras/os para a população existente, permite que certos cuidados de enfermagem sejam delegados a auxiliares de acção médica, que não se encontram devidamente preparadas, obrigando a um trabalho suplementar das/os enfermeiras/os para o seu ensino. Há trinta anos atrás, estas actividades eram realizadas por auxiliares de enfermagem com uma formação nas Escolas de Enfermagem. Além disso, actualmente muitas/os enfermeiras/os exercem cargos de administração e gestão nos diferentes estabelecimentos de saúde e outras emigram por motivos salariais, permitindo que diminua o número de enfermeiras/os na prestação de cuidados directos. Acreditamos que se deve aumentar o número de enfermeiras/os

formadas/os e que a Ordem deve delimitar o campo de actuação da enfermagem.

Outra problemática que surge é a legitimidade “real” que as/os enfermeiras/os atribuem à licenciatura. A licenciatura é adquirida pelos Cursos de Licenciatura em Enfermagem ou pelos Cursos de Complemento de Formação. Nas conversas informais com as/os diferentes enfermeiras/os verificamos que, por um lado, elas/es referem que a Licenciatura não muda imediatamente os seus cuidados, nem a progressão na carreira de enfermagem, nem as remunerações; por outro lado, referem que a licenciatura terá os seus frutos. Está aqui patente uma ambivalência de opiniões muitas vezes, proferidas pela mesma pessoa. Referem ainda, que a frequência dos Cursos de Complemento de Formação são uma “obrigação”, dado que elas/es não conseguem definir as alterações que a licenciatura poderá apresentar nos seus cuidados de enfermagem.

Actualmente, com a proliferação de profissionais de saúde com maior especificidade (psicólogos, terapeutas etc.), é imperioso que a Enfermagem defina o seu espaço, para combater a imagem de uma semiprofissão com uma Ordem. Utilizamos o termo uma semiprofissão baseando-nos em alguns autores. Segundo Freidson (cit.por Soares, 1997:119), a enfermagem é uma “would-be profession”, em que

“a enfermeira está numa posição de subordinação, tanto médico como à administração de hospital em que trabalha; por outro lado, e porque é mulher, não conseguiu libertar-se do seu papel maternal, determinado pelo sexo, e o seu comprometimento com a profissão é suplantado pela aspiração “ao casamento”, e que “tem uma aparente autonomia, porque tem controlo sobre a formação e porque tem os seus servidores nos hospitais”, mas não deixa por isso de ser uma actividade que se exerce na dependências de uma autoridade exterior. A enfermagem só pode atingir o grau de autonomia própria de uma profissão se controlar um domínio da actividade separado do campo da medicina e em que a sua prática não exija o contacto diário com o médico nem o recurso à sua autoridade”.

Esta ideia é corroborada por Katz (cit.por Soares, 1997) quando refere que a Enfermagem não tem um corpo de conhecimentos próprio, claramente formulado, que seja reconhecido por todos.

No entanto, Witz (cit.por Soares, 1997:121) refere que esta tese de semiprofissão é baseada num modelo andocentrico e que as/os enfermeiras/os *“examinem criticamente a sua aceitação de certas doutrinas sobre profissionalismo e deixem de, insistentemente, tentar adaptar-se a critérios ultrapassados, devendo antes criar um modelo que reflecta a sua singularidade”*.

De igual modo, Crowder (cit. por Soares, 1997) diz que a Enfermagem atingiu quatro factores cruciais para o seu reconhecimento como profissão: a formação, o compromisso das/os enfermeiras para com a Enfermagem, a aceitação social e a organização profissional. Nós acrescentamos um factor, a criação da Ordem.

Pensamos que a Enfermagem se torna mais visível através da valorização da relação de ajuda que as/os enfermeiras/os estabelecem com o doente. É uma área apropriada privilegeadamente pela Enfermagem pois permanece junto ao doente 24h, o que a diferencia das outras profissões. A Enfermagem possui pois um conhecimento próprio (que já têm) mais aprofundado com o reforço da relação de ajuda.

III.2 - A formação de profissionais

Em Portugal, o problema da formação de enfermeiros só foi colocado depois da reforma pombalina da Universidade de Coimbra. Em 1793, o Comissário da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus terá sugerido que os membros da sua congregação passassem a frequentar o curso de Medicina. Nessa época, os religiosos de S. João de Deus tinham praticamente o monopólio do exercício da Enfermagem nos hospitais militares do Reino e a melhoria dos seus conhecimentos médicos seria mutuamente vantajosa. Na sequência desta sugestão, ainda chegou a ser fundado um colégio, destinado à preparação dos enfermeiros desta ordem hospitaleira; porém, a sua vida foi efémera, pois a seguir à morte de Pina Manique, seu protector, o colégio acabou por fechar (ver p.ex. Nogueira, 1990).

Na primeira metade do século XIX, com a expulsão dos Irmãos de S. João de Deus, entre outros religiosos, a situação da Enfermagem degradou-se. A maioria do pessoal admitido era analfabeto e só em alguns hospitais é que tinham a preocupação de dar um pouco de formação prática²⁷ (ver p. ex. Nogueira, 1990).

Isto era notório nas parteiras em geral e nas da província. Porém, a partir de 1784 surge a concessão de licenças a "comadres"²⁸, talvez por motivos de fiscalização ou por conveniência, face à influência do poder médico para obter da legalidade. É também nesta época que emerge mais fortemente a preocupação com as crianças, devido à pressão higienista para a formação de profissionais.

Em 1836 existia nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, a formação de parteiras com dois anos de curso²⁹ e estágio final, exigindo como habilitações mínimas o saber ler e escrever (Graça e Henriques, 2000 b). Estas escolas não tinham a capacidade de formar pessoal suficiente para cobrir as necessidades. A arte da obstetrícia passa a ser teorizada na Universidade e praticada nas enfermarias hospitalares (Carneiro, 1998).

No final da Regeneração, as primeiras tentativas de formação profissional das/os enfermeiras/os portuguesas/es foram realizadas nos Hospitais de Coimbra (1881), Lisboa (1886) e Porto(1887). A necessidade de

²⁷ "Em 1825 a Medicina entrava nos hospitais e passava a assumir tanto um espaço e um saber antes deixado aos cirurgiões, como a controlar a formação dos vários profissionais"(Carneiro, 1998, 56)

²⁸ São as mulheres que assistem partos, mas que não têm formação específica. A sua formação consiste "na acção prática, em companhia de outras profissionais mais velhas, como era vulgar na tradição corporativa dos ofícios do Antigo Regime, a qual se legitimava depois por um certificado ou "carta" obtido através de um exame junto da autoridade, coadjuvada por outros profissionais mais velhos" (Carneiro, 1998:50) .

²⁹ "gratuito e de natureza teórico-prático, em que a teoria seria leccionada pelo Lente de partos, que devem supervisionar a prática nas enfermarias e presidir aos júris de exame"(Carneiro, 1998:64).

" Em 1840, com um novo regulamento representa um ponto chave na construção social da parteira profissional. Formadas pelos médicos, que lhe ministram agora aulas práticas e teóricas, ao ritmo dos estudantes de medicina, embora com a salvaguarda de lhes serem exceptuadas algumas matérias, as parteiras passam a ter uma formação que compreende teoria exemplificada tanto em manequins ou estampas como em cadáveres e em casos vivos. São depois submetidos a longos estágios (turnos de 24h) nas enfermarias adequadas, subordinadas à parteira superior, onde se habituam às rotinas hospitalares, e cabendo-lhes já a prática dos registos médicos, pedra de toque na gestão do poder médico. Sublinhem-se as novas condições de acesso: 20 anos, exames de saber ler e escrever e atestado de formação moral ("vida e costumes")" (Carneiro, 1998:67-68)

formar pessoal de enfermagem qualificado é sentida pelos hospitais onde é ministrado o ensino oficial da Medicina (ver p.ex. Graça e Henriques, 2000 b).

Apesar das dificuldades e das deficiências quer na organização de instalações quer no equipamento, os hospitais emergem como locais privilegiados para aquisição de experiência médica e científica. A experiência hospitalar era uma oportunidade de aprendizagem para os que iniciavam a sua actividade, sendo locais de eleição para o ensaio de novas terapêuticas. A divulgação destas novas terapêuticas e dos seus resultados contribuiu para o prestígio dos seus clínicos (ver p.ex. Soares, 1997).

As/os enfermeiras/os não se identificam ainda com uma classe profissional e, ainda, não reúnem as condições necessárias para elas/es próprias/es tomarem a iniciativa na exigência de uma formação qualificada. Eventualmente a única estratégia possível então era a de assumirem funções secundárias sob a protecção/autoridade dos médicos. As funções de “ajudantes hospitalar” ou “assistentes de leito na clínica privada” são as que lhes estão associadas/os, segundo as expressões usadas por Ricardo Jorge (1858-1939) no relatório em que faz referência à necessidade de criação de escolas de enfermagem:

“... dos cursos de enfermeiros, destinados a fornecer aos hospitais bons ajudantes, e mesmo à clínica particular bons assistentes de leito”(in Graça e Henriques, 2000b:6).

A primeira escola de enfermagem do país, fundada em 17 de Outubro 1881, pelo Administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra, António Augusto Costa Simões, foi denominada por Escola dos Enfermeiros de Coimbra (ver p.ex. Graça e Henriques, 2000b).

Pela Portaria do Ministério do Reino publicada a 28 de Janeiro de 1886, surgiu a Escola de Enfermeiros do Hospital de S. José em Lisboa. Esta escola nasceu por iniciativa de Tomás de Carvalho, enfermeiro-mor (termo que designava então o cargo de director) do Hospital de S. José. Destinava-se exclusivamente ao pessoal do Hospital de S. José e hospitais anexos (Hospitais Cíveis de Lisboa, a partir de 1913). Foi Artur Ravara, professor da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa e cirurgião da corte, quem elaborou o respectivo programa. Este projecto não se realizou devido à insuficiência de

instrução da grande maioria dos alunos/as e até de situações de analfabetismo (ver p. ex. Nogueira, 1990).

Os currículos são constituídos por disciplinas que são *“construídas com base em escolhas de matérias que fazem parte do saber médico, com um objectivo determinado e dirigidas a um público específico”* (Chevrel cit. por Soares, 1997:79).

Neste sentido,

“são os médicos que “inventam” o currículo dos cursos de enfermagem, aceitando e mantendo um conjunto de saberes próprios do papel tradicional da mulher, e integrando os saberes próprios da medicina, indispensáveis ao desempenho que está destinado à enfermeira. É um saber utilitário subordinado à ciência coerente do médico” (Knibiehler cit. por Soares, 1997:79).

No início, a Enfermagem é constituída por actividades que não se distinguem de hábitos de vida quotidiana e que respondem às necessidades básicas do indivíduo. Em seguida vai-se apropriando dos saberes médicos, combinando esses contributos com as técnicas de cuidados. As técnicas passam para a esfera da Enfermagem, de acordo com a evolução da Medicina, quando deixam de ter significado para o médico (ver p. ex. Soares, 1997).

Neste sentido, os saberes de enfermagem advém de duas vertentes distintas, o saber prático e o saber científico. O saber prático é concretizado nas actividades de manutenção da vida e o saber científico surge na participação das/os enfermeiras/os com o objectivo de obter eficácia no seu desempenho. Este contexto confere ao saber e ao saber fazer da Enfermagem um estatuto menor. Se o *“conhecimento científico lhe empresta algum prestígio, nem por isso deixa de estar ligado aos saberes próprios do papel tradicional da mulher, que são desvalorizados e considerados como tarefas menores”* (Soares, 1997:80).

É de referir que os saberes de enfermagem desenvolvem-se em simultâneo com os de medicina, dado que as/os enfermeiras/os recolhem elementos indispensáveis para a compreensão e tratamento da doença, o que vai acentuar o carácter utilitário desses saberes (ver p.ex. Soares, 1997).

Em rigor, a primeira Escola Profissional de Enfermagem vai nascer já no séc. XX, por Decreto de 10 de Setembro de 1901. Com sede no Hospital de S. José, em instalações provisórias, propunha-se então como missão ministrar *“a instrução doutrinária, técnica e os conhecimentos de prática que as exigências da ciência actual reclamam”* a todos aqueles que, no hospital, *“tenham de cumprir prescrições médicas ou cirúrgicas e de prestar cuidados de enfermagem a doentes”* (cit. por Nogueira, 1990:134). Em princípio previa-se já um curso básico com a duração de um ano, enquanto o curso completo seria de dois anos. As condições académicas de acesso ao curso consistiam em saber ler, escrever e contar.

Em 1903 é regulamentado o curso de parteiras, professado na Universidade de Coimbra e nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto. A partir de 1905, só serão admitidas a este curso candidatas com o 2º grau de instrução primária, o equivalente hoje ao 1º ciclo do ensino básico. O curso era de dois anos, no 1º ano, a regência do curso era confiada a um professor substituto da secção cirúrgica e no 2º pelo professor titular da cadeira de obstetrícia (Graça e Henriques, 2000b).

Em 1918 surge a Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa (a funcionar no Hospital de S. Lázaro) e em 1919 a Escola dos Enfermeiros de Coimbra transforma-se em Escola Oficial com a designação de Escola dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Outras iniciativas surgirão pelas mãos das congregações religiosas femininas que iniciam a formação dos seus elementos, no sentido de serem mais aptas para a prática da enfermagem e assim anular a diferença em relação às missionárias estrangeiras. Dada a natureza dos cursos que promovem, fora dos limites da congregação, não lhes é conferido valor e por isso procuram obter o reconhecimento do Ministério da Educação Nacional, no âmbito do Estatuto do Ensino Particular. Esse reconhecimento *“é obtido, quando solicitado, concretizando-se na concessão de alvará através da presença de um delegado deste ministério nos exames finais”* (Soares, 1997:43).

A Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, fundada em 1937, poderá ser considerada pioneira na concepção dos seus currículos. A sua fundadora Eugénia Tourinho, uma religiosa brasileira, diplomada em

Enfermagem por uma escola francesa, procurou “*pôr em prática um curso de três anos, no qual eram incluídas matérias de cariz humanístico, como higiene mental, psicologia, sociologia, etc.*” (Nogueira, 1990:135). No entanto é de referir que esta escola está aberta a todas as candidatas, religiosas ou não.

A partir dos anos 30, são publicados manuais de autoria médica em que são definidas as regras de higiene pessoal, dos adultos e das crianças, de higiene da habitação e do ambiente, de noções elementares de anatomia, de alguma informação sobre as doenças mais comuns das crianças, sobre doenças contagiosas e sobre socorros de urgência. Somente três são escritos para enfermeiras/os e alunos de enfermagem. Os deveres e qualidades que as/os enfermeiras/os devem apresentar, encontram-se em todos os capítulos, que são: “*obediência ao médico e aos superiores, qualidades morais como honestidade, bondade, dedicação*” (Soares, 1997:75).

Na perspectiva da uniformização, da centralização e do controlo das escolas e do ensino, o Estado intervém no ensino de enfermagem. Neste sentido é criada, no Ministério do Interior em 1940, a Subsecretaria de Estado da Assistência Social. Esta tem a competência de dirigir a política de assistência social e de tutelar e inspeccionar os organismos, instituições ou serviços que se destinam a prestá-la. Um dos seus serviços, a Inspeção de Assistência Social, detém a tutela das escolas de enfermagem durante 20 anos. As escolas não são “*instituições de assistência, mas como estão integradas em hospitais, a elas se estendeu a mesma autoridade*” (Soares, 1997:44). Consideramos que é desta interligação que resulta a perspectiva assistencialista que se preconizava na Enfermagem.

O Ministério da Educação Nacional criou em 1940 a Escola Técnica de Enfermeiros do Instituto Português de Oncologia. Francisco Gentil- a quem se deve a concepção de hospital-Faculdade-, introduzindo assim uma perspectiva de ensino científico na Enfermagem. Exigindo como habilitação mínima de acesso o 2ºciclo (o antigo 5ºano dos liceus ou actual 3ºciclo do ensino básico), este curso tinha a duração de 3 anos. Cabe ainda a este Ministério, nesta época, regulamentar os Cursos de Especialidade de Enfermagem.

Após a II Guerra Mundial a produção legislativa no domínio da saúde e assistência, implementou diversas reformas. Desde 1947 que se começou a

exigir no acesso aos cursos de enfermagem a instrução primária, tendo o curso ordinário a duração de um ano e o curso completo de dois anos³⁰.

Quando possível, os cursos eram ministrados em regime de internato. Dando preferência a elementos do sexo feminino, constituía-se uma ficha de cadastro de cada aluna com elementos biográficos e informações relativas às sanções disciplinares, ao comportamento e aos resultados escolares. Os alunos das escolas oficiais *“podiam obter alimentação ou subsídios de estudo”* (Soares, 1997:46).

O internato supunha um maior controlo das alunas de enfermagem em particular no que respeita à sua vida social. Esta concepção associava-se à imagem de enfermeira abnegada que deve dispor integralmente do seu tempo e “amor” ao próximo, à imagem das religiosas que marcaram a História da Enfermagem em Portugal, até aos nossos dias.

Em 1951, o Ministério do Interior dá um parecer enunciando que é insuficiente a remuneração durante e após o curso, que obriga a baixar o nível educativo da população em que se faz a recruta, dificultando as possibilidades de escolha e, ao mesmo tempo, o ensino é dirigido e realizado por médicos, quando o devia ser por enfermeiras/os, porque as duas profissões são diferentes. Conclui que é necessário *“remodelar profundamente o ensino geral de enfermagem, selecção e vencimentos, de forma a elevar o seu nível de vida profissional e social, sem o que uma das bases técnicas e morais da assistência claudica”* (Soares, 1997:45).

Até 1952, o plano de estudos em enfermagem não era claro quanto ao que se pretendia dos alunos. O ensino estava direccionado para a patologia, para o tratamento do doente no hospital e para as técnicas de enfermagem. A prevenção da doença e a promoção sanitária não eram focadas.

A “Reforma do Ensino de Enfermagem” nas escolas oficiais em 1952 (Ferreira,1990 e Nogueira,1990) introduziu algumas mudanças. Foram então criados três cursos distintos:

- Curso de Auxiliares (Habilitações mínimas: instrução primária; duração: 1 ano, mais seis meses de estágio),

³⁰ Foi neste período que se criou a figura da/o auxiliar de enfermagem, com a intenção de colmatar a falta de profissionais de enfermagem (ver p. ex. Graça e Henriques, 2000 b).

- Curso Geral (Habilitações mínimas: 1ºciclo liceal; duração: 3 anos),
- Curso Complementar (Habilitações mínimas: 2ºciclo liceal, além do Curso de Enfermagem Geral e prática profissional; duração:1 ano).

Além disso o ensino passa a ser ministrado exclusivamente em Escolas de Enfermagem dotadas de autonomia técnica e administrativa oficiais ou particulares (ligadas aos institutos religiosos ou às Misericórdias, como é o caso do Porto). Investe-se na melhoria da formação dos monitores³¹ para quem foi criado especificamente o Curso Complementar de Enfermagem. O plano de estudos estrutura-se em aulas teóricas, aulas práticas e estágios, de frequência obrigatória e no final do curso, os alunos deviam submeter-se a um exame de Estado, a realizar em escola oficial.

A exigência da idade mínima (18 anos) e habilitações mínimas (conforme o curso), passam a ser requisitos de admissão a “robustez física” e o “comportamento moral irrepreensível”.

O alcance da reforma de 1952 ficou limitado pela persistência, se não mesmo agravamento, das deficiências que já vinham de trás. Neste sentido, Nogueira (1990:138-139), aponta:

- *“A indefinição dos objectivos de ensino/aprendizagem,*
- *A natureza meramente selectiva dos exames,*
- *A carência de monitores em quantidade e qualidade,*

³¹ Durante 40 anos são os médicos os únicos professores das Escolas de Enfermagem, sendo reconhecido às enfermeiras o papel de auxiliares de ensino, com a capacidade de intervir na formação dos seus pares (educação prática, técnica e profissional dos alunos), e mais tarde, depois de 1947, como monitoras. Estas auxiliares de ensino pertenciam ao pessoal dos serviços clínicos e não deixava de exercer as funções que lhes competiam como empregados dos hospitais. Em 1947, o Ministério do Interior reorganiza o ensino de enfermagem, obrigando o aumento do número de professores e ao mesmo tempo introduz uma nova categoria de docentes, o monitor. Os monitores são enfermeiras recrutadas entre os que vinham colaborando no ensino prático como auxiliares de ensino. As suas funções são de orientação e avaliação dos trabalhos práticos como a fiscalização do comportamento dos alunos. A criação desta categoria e lugares de monitores a tempo inteiro, reconhece às enfermeiras a capacidade e indispensabilidade da sua intervenção na formação de pares, que vai ser essencial para assumirem o controle do ensino de enfermagem (ver p. ex. Soares, 1997)

- *A aproveitamento oportunístico pelos hospitais do trabalho dos estagiários, com grave prejuízo para a sua formação,*
- *O enfoque hospitalocêntrico e tutela médico-hospitalar da enfermagem”.*

Será preciso esperar pela reforma de 1965, para que o ensino e o exercício da Enfermagem em Portugal comecem a desmedicalizar-se e a ganhar maior autonomia e especificidade, abrindo-se assim às correntes internacionais (e nomeadamente às orientações da OMS e do Conselho Internacional de Enfermeiros). Esta reforma permitiu mudanças em vários níveis tais como:

- para admissão ao Curso Geral, cuja a duração continua a ser de três anos, passa a exigir-se como habilitações mínimas o 2ºciclo liceal ou equivalente,
- o plano de estudos visa uma formação mais equilibrada e polivalente da/o enfermeira/o, com menos peso da patologia e de outras matérias do domínio das ciências biomédicas,
- procurou-se melhor articulação entre aulas teóricas e períodos de estágio, fazendo proceder estes da competente introdução teórica, a fim de os tornar mais assimiláveis e profícuas,
- a orientação da enfermagem já não é apenas para o hospital mas também para o exercício de actividades no campo da saúde pública e dos cuidados ambulatoriais,
- enfatiza-se a necessidade de uma pedagogia activa e participativa, etc..

O Decreto nº47523, de 4/2/1967, permite o funcionamento de Cursos de Auxiliares de Enfermagem, a título transitório, que duraram até 1974, ficando apenas o Curso Geral (ver p.ex. Ferreira, 1990).

A experiência de gestão democrática, no pós-25 de Abril de 1974, também não se fez sem sobressaltos e conflitos na grande maioria das escolas de enfermagem.

Depois, em 1974-75, um grupo, incluindo representantes das Escolas de Enfermagem, dos Sindicatos de Enfermagem e da "Associação Portuguesa de Enfermagem", organizou um notável trabalho de alteração do Curso de Enfermagem, sobretudo na sua orgânica curricular e abolindo o Exame de Estado.

Em 9 de Agosto de 1976 aprovam-se as seguintes finalidades:

- dar uma formação básica polivalente, capacitando as/os enfermeiras/os para actuarem na comunidade, ou conjunto de indivíduos, a todos os níveis de prevenção da doença ou mal-estar,
- preparar enfermeiras/os para se enquadrarem na planificação global do país, através do seu Serviço Nacional de Saúde,
- capacitar as/os enfermeiras/os como agentes de mudança,
- capacitar as/os enfermeiras/os para solucionar os problemas e saúde.

Neste sentido, o Curso Geral de Enfermagem obedeceu a determinados princípios gerais:

- definição clara dos objectivos educacionais,
- a duração do curso manteve-se nos 3 anos, repartidos em áreas de aprendizagem,
- curso leccionado essencialmente por enfermeiras/os-docentes, constituídos em equipas pedagógicas,
- obrigatoriedade na frequência dos cursos teórico-práticos,
- obrigatoriedade das escolas organizarem "campos de estágio" que assegurem aos alunos uma boa integração de conhecimentos e experiências, com a colaboração dos/as enfermeiros/as dos locais de estágio,
- integração no curso os conceitos de : saúde, pedagogia, gestão e investigação.

Foi uma importante viragem, dado que os alunos de enfermagem iniciaram um curso com metas bem definidas e ao mesmo tempo com estágio,

que em princípio deixava de ser uma mais valia para colmatar a falta de enfermeiras/os. O seu estágio passou a ser considerado um instrumento de formação e não de substituição de enfermeiras/os quando estas/es estão ausentes.

Os cursos de especialização na área de enfermagem, que entretanto tinham sido criados, passavam a ter três áreas distintas: Gestão dos Serviços de Enfermagem, Ensino de Enfermagem e Prática de Investigação em Enfermagem.

Pelo Decreto-lei nº46/78, de 27 de Setembro, foram transferidas para o Instituto Nacional de Saúde as funções de orientação, coordenação e fiscalização do ensino oficial de enfermagem, que se organizou sob a forma de departamento (DEE- Departamento de Ensino de Enfermagem) para a execução das suas tarefas.

O Despacho de Setembro de 1987 introduz algumas alterações aos planos de estudos, orientando para o alargamento do campo de intervenção das/os enfermeiras/os em indivíduos, famílias e comunidades ao nível de prevenção primária, secundária e terciária, utilizando metodologia científica.

A formação das/os enfermeiras/os foi integrada no Ensino Superior Politécnico em 1988, sob a tutela do Ministério da Educação permitindo às/aos enfermeiras/os o acesso a diferentes graus académicos e a uma maior responsabilidade na concepção, na organização e na prestação dos cuidados de saúde proporcionados à população.

O Curso Superior de Enfermagem concede o grau académico de bacharel, com o título profissional de enfermeira/o. A aprovação nos Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem é equivalente ao grau de licenciatura, para efeitos profissionais e académicos.

A integração da Enfermagem no Ensino Superior em 1999, sob a tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde, permite às Escolas que as ministram uma maior visibilidade nomeadamente no campo da autonomia científica, valorizando o pessoal docente a par do desenvolvimento da investigação científica (ver p. ex. Graça e Henriques, 2000b). Este desenvolvimento induzido pela investigação tem permitido, por um lado, definir contornos do corpo específico de conhecimentos e por outro afirmar a individualização e a autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde.

Assim, o Ministério da Educação vem aprovar a criação dos seguintes cursos

- Curso de Licenciatura em Enfermagem como formação de base (Decreto-lei nº 353/99, capítulo I)
- Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (Decreto-lei nº353/99, capítulo II)
- Curso de Complemento de Formação (Decreto-lei nº353/99, capítulo IV)

A evolução da Formação em Enfermagem tem vindo a ser alvo de constante reajustamentos pois tem havido um aumento do número de licenciados. Questionamos ao nível das práticas como se processará a distinção entre as/os enfermeiras/os especialistas, que obtiveram o grau académico de licenciatura e que possuem uma formação técnica pós-básica, e as/os actuais enfermeiras/os licenciadas/os. Por sua vez, ainda estão indefinidas as pós-graduações em Enfermagem e a sua estruturação. O Ministério da Educação tem a preocupação em manter a especialidade Materno-Obstétrica, dado que é premente a necessidade destas/es especialistas nos hospitais.

III.3- Contributos de estudos sobre e para Enfermagem

Esta breve referência tem como finalidade dar a conhecer a dinâmica dos percursos da Enfermagem. Paralelamente à evolução da Enfermagem em Portugal foram sendo realizados estudos sobre a prática de Enfermagem que influenciaram decisivamente os currículos das Escolas Superiores de Enfermagem e a filosofia de Serviço em cada instituição hospitalar.

Nos anos 50 iniciaram-se vários estudos no contexto americano, inglês e francês que contribuíram para a evolução da enfermagem e que se prolongaram nas décadas seguintes.

A Florence Nightingale³² deve-se o primeiro modelo de enfermagem denominado de modelo biomédico. Com o avanço tecnológico dos anos 40 e

³² ver em Génese e desenvolvimento da Enfermagem na p.33

50, o modelo biomédico é aprofundado na sua perspectiva mais tecnocrática. A/o enfermeira/o técnica/o, com experiência, alarga o seu papel integrando os novos conhecimentos técnicos. Tal como outras áreas científicas, a Enfermagem questiona-se procurando abordagens alternativas mais adequadas e formas de ir ao encontro das necessidades dos indivíduos. Surgem as primeiras Escolas de Enfermagem e com elas, várias teorias que reconstruem a interacção corpo-espírito e corpo-espírito-ambiente, rejeitando o reducionismo do modelo biomédico sem, no entanto, o desvalorizar pois foi o impulsionador de outros modelos. Tal como outras profissões de saúde, esta perspectiva aponta para uma visão mais holística e humanista do cliente.

Num processo de clarificação de ideias, algumas enfermeiras desenvolveram modelos conceptuais da enfermagem, numa tentativa de identificar os conceitos principais que consideram únicos na Enfermagem. Estes conceitos são cuidadosamente desenvolvidos como reflexo do resultado de pesquisas, de meses ou anos de observação de práticas de enfermagem, de elaboração de raciocínios sobre os porquês, assim como sobre as razões pelas quais eles são executados.

A Enfermagem como qualquer outra ciência, vai buscar diversas perspectivas a outras disciplinas, aplicando-as ao seu contexto específico. Esta ideia é corroborada por Stevens (cit. por Roper et al,1995:13) que chama a atenção para o ponto de que todas as disciplinas têm áreas *"onde as perguntas e respostas de um campo se sobrepõem a outro"* e escreve:

"... teorias emprestadas mantêm-se como tal, pois não se adaptam ao meio de enfermagem e à imagem de enfermagem do homem. Uma vez que tais teorias tenham sido adaptadas ao meio de enfermagem, é lógico referi-las como sobreposições de fronteiras como conhecimento partilhado em vez de teorias emprestadas..."

Pode-se dizer que os modelos conceptuais de enfermagem são construções desenvolvidas por enfermeiras sobre a Enfermagem e com base nas suas práticas e reflexões individuais.

Daí que diversos **Modelos Teóricos de Enfermagem** tenham sido propostos para organizar, desenvolver os conhecimentos próprios da

Enfermagem e dirigir a sua prática, educação e investigação. São disso exemplos:

- o modelo de desenvolvimento de Hildegard Peplau (1952)
- o modelo de actividades de vida de Virginia Henderson (1955)
- o modelo de adaptação da Calista Roy (1960)
- o modelo de interacção de Kings (1961)
- o modelo de sistema de cuidados de saúde de Betty Neuman (1972)
- o modelo de conservação de M. Levine (1976)
- o modelo da simultaneidade de Parse (1981).

Cada Escola Superior de Enfermagem e cada instituição de saúde opta pelo modelo teórico ou pela articulação entre vários que acha pertinente para a sua filosofia de enfermagem e de prestação de cuidados.

Dado que o Modelo Teórico de Nancy Roper está protagonizado no hospital onde realizamos a nossa pesquisa, sendo as actividades de enfermagem planeadas de acordo com este, consideramos pertinente retratar o mesmo.

III.4 – O Modelo Teórico de Nancy Roper

Embora o interesse em modelos seja relativamente recente, o pensamento sobre a natureza da Enfermagem não é novo. É curioso que, mesmo hoje, muitas pessoas considerem a Enfermagem como sendo simplesmente uma série de tarefas desempenhadas pela/o enfermeira/o. Sem dúvida, as tarefas observáveis são um aspecto muito importante da Enfermagem, mas esta interpretação restrita não tem apenas isso em conta e considera também o raciocínio que é envolvido antes, durante e após cada uma delas. Nem considera ainda o conhecimento e as atitudes que devem ser adquiridas para acompanharem o desempenho hábil de uma tarefa de enfermagem que é apenas uma parte- embora uma parte importante- de um plano deliberado de enfermagem.

Um modelo é

“... um conjunto de conceitos sistematicamente construído, cientificamente fundamentado e logicamente relacionado que identifique os componentes essenciais da prática de enfermagem, junto às bases teóricas destes conceitos e dos valores necessários para a sua utilização por quem a pratique...” Riehl e Rov (cit.por Roper et al. 1995:13).

O Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Thierney baseiam o seu modelo de enfermagem num modelo de vida que aponta para o enorme campo de actuação da enfermagem nos domínios do ensino, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção da doença e promoção da reabilitação, abrangendo um compromisso nas intervenções de enfermagem reconhecidas tradicionalmente como relacionadas com a doença.

No modelo de vida existem cinco conceitos que estão relacionados entre si: as actividades de vida, as etapas de vida, o grau de dependência/independência, os factores que influenciam as actividades de vida, a individualidade no viver.

O termo **actividade de vida** é utilizado num sentido abrangente. Cada actividade comporta várias dimensões, em que uma actividade geral é composta por várias actividades específicas. Se analisarmos as actividades descobrimos que estas são complexas.

O conceito de “vida” é constituído por várias actividades, que nos permite pensar construtivamente sobre a complexidade do seu próprio processo. Todas as actividades de vida são importantes, embora obviamente algumas tenham uma prioridade maior do que as outras.

Queremos referir que as actividades não devem ser analisadas isoladamente pois elas estão intimamente relacionadas umas com outras. (ver Quadro nº1- Anexo1)

Etapas de vida sustentam a direcção do nascimento à morte. No decorrer das etapas da vida existe uma mudança contínua pois, cada uma é influenciado por circunstâncias exteriores e interiores ao indivíduo tais como as: físicas, psicológicas, socioculturais, ambientais e político-económicas.

Grau de dependência/independência está relacionado com as etapas e as actividades de vida. Cada pessoa tem um estado de dependência/independência para cada uma das actividades de vida. O grau de

dependência/independência situa-se entre dois pólos de dependência total e independência total. O grau de dependência/independência de um indivíduo em relação às actividades de vida não está ligado apenas às etapas da vida, mas está também intimamente associado com os factores que influenciam as actividades de vida.

Cada indivíduo desempenha de forma diferente as suas actividades de vida (a qualquer momento do estágio de vida e com vários graus de independência) sob influência de factores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos que constituem o terceiro conceito que referimos- **factores que influenciam as actividades de vida.**

Os factores físicos estão interligados entre si e com outros factores que constituem este modelo. Neste modelo é referido que a capacidade física do corpo varia de acordo com a idade (referido nas etapas de vida), e influencia o grau de dependência possível do indivíduo (o estado dependência/independência). Por isso, é inevitável que os factores influenciem personalidade de cada um e afectem a forma como desempenha as actividades de vida.

Os factores psicológicos influenciam especialmente o desenvolvimento intelectual e emocional. Eles influenciam a individualidade da pessoa e a forma como cada pessoa desempenha as suas actividades de vida, afectando a independência de cada pessoa.

Os factores socioculturais estão intimamente relacionados com os factores psicológicos, físicos, ambientais e político-económicos. A sua influência é semelhante à dos factores psicológicos.

Os factores ambientais influenciam todos os factores do modelo de vida. O ambiente é conceptualizado numa dimensão ampla em que inclui o que é fisicamente externo às pessoas.

Os factores político-económicos incluem aspectos de vida que têm uma conexão legal; nomeadamente a pressão e a acção política e/ou económica. Estes estão relacionados com os factores físicos, psicológicos, socioculturais e ambientais.

Individualidade ao viver pode ser observada como um produto da influência sobre todos os componentes deste modelo e da sua interacção complexa. A individualidade de cada um surge de acordo com a actividade de

vida, em parte determinada pelo estágio das etapas da vida e o grau de dependência/independência.

III.5 – As perspectivas da actualidade da Enfermagem

Para melhor sistematização da reflexão, elaboramos um quadro (Quadro nº2- Anexo 2), que permite ter uma síntese panorâmica da evolução da Enfermagem.

Pela exposição que acabamos de realizar, consideramos que o desenvolvimento da Enfermagem foi muito influenciado pela Religião e, mais tarde, pela Medicina. Neste sentido, o perfil desejado para as/os cuidadores incluía a paciência, a diligência e caridade para tratar os doentes . Este perfil está associado à moral, em que o/a prestador/a tinha que sofrer mais do que o doente, se não o conseguisse tratar. Também está associado à religiosidade, nomeadamente à função de assistir à missa. Não existia a necessidade de instruir e seleccionar o pessoal de enfermagem, pois considerava-se que um pouco de prática e alguma habilidade chegavam para fazer um/a enfermeiro/a em condição.

Embora esta profissão esteja associada à mulher, no início do séc. XX predominavam os homens pois o trabalho era violento ao nível físico e, por outro lado, à mulher estava destinado um papel no espaço doméstico. Ainda neste período as condições salariais eram exíguas, tendo a enfermeira um rendimento semelhante ao do pessoal doméstico, sendo difícil a exigir níveis mais elevados no recrutamento ao nível de instrução e de formação. Devido a este facto, os médicos criaram escolas com o objectivo de habilitar o pessoal de enfermagem através das aprendizagens teóricas e práticas, pois o comportamento dos alunos é um prolongamento de obediência hierárquica.

A questão da profissionalização da Enfermagem começa a ser uma realidade sob o impulso do feminismo da 1ª geração (1ª Guerra Mundial) e da 2ª geração (a seguir à 2ª Guerra Mundial). Nestes períodos as mulheres começaram a trabalhar nas fábricas, nos campos, pois a ausência dos homens para os campos de batalha assim o exigiu. Neste sentido surge a imagem da mulher operária, profissional com poderes económicos com exigências de

direitos igualitários. De igual modo, o aumento do número de profissionais devido às guerras permitiu uma maior visibilidade da Enfermagem.

Na segunda metade do séc. XX surge formalmente uma modificação nas competências exigidas às/aos enfermeiras/os. A formação académica e profissional tem vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente. Nos anos 30, algumas escolas admitiam elementos femininos em detrimento dos masculinos, porque as mulheres são mais educáveis, pacientes, disciplinadas, ordeiras, resignadas e piedosas.

Em 1943, o Governo Português proíbe as enfermeiras hospitalares de se casarem e terem filhos. Esta proibição tem como base a disponibilidade que a enfermeira deve ter para exercer a profissão. Esta ideia é oposta em relação ao papel socialmente aceite o de ser mãe.

Estas ideias dos anos 30 e 40 são fundamentadas em conceitos de religião (lei de devoção), moral, feminização da profissão com o enclausuramento (regime internato das enfermeiras, em que elas vivem dentro do hospital, isoladas da sociedade) e proibição do casamento.

A figura feminina predomina na Enfermagem ao longo dos séculos, num estatuto inferior de menor visibilidade, devido a vários factores hierárquicos, sexual e diversidade de origem social. Os saberes femininos, baseados na manutenção de vida e no quotidiano hospitalar são considerados menores em relação aos saberes científicos relacionados com a eficácia no hospital.

Nesta época, devido ao número insuficiente de enfermeiras/os, o Governo criou a figura da auxiliar de enfermagem. A habilitação académica de acesso e duração do curso era inferior ao Curso Geral de Enfermagem. O seu número era superior às/aos enfermeiras/os com o Curso Geral. As/os auxiliares de enfermagem na prática substituíam sem contrapartidas as/os enfermeiras/os, mas não tinham reconhecimento formal das suas competências ao nível de estatuto ou remuneratório e oportunidades de formação profissional. Embora, as/os enfermeiras/os tivessem a responsabilidade de supervisionar as/os auxiliares de enfermagem, a distinção entre umas/uns e outras/os não era visível apesar das lutas desenvolvidas pelas/os enfermeiras/os, no sentido de demarcar a sua identidade profissional e o seu estatuto.

Em relação à Formação das/os enfermeiras/os é visível uma evolução desde o analfabetismo até à licenciatura. Relembramos que até ao séc. XX não existia formação específica; à excepção das parteiras. Como vimos estas tinham como exigências saber ler e escrever e a sua formação fornecia um saber específico. Esta formação poderá estar associada às mudanças de mentalidade e à valorização da vida bem presente nos discursos do séc.XIX.

Em 1831 ocorreu uma tentativa de formar o pessoal de enfermagem devido à evolução da medicina, constituindo-se o hospital num local de aprendizagem. Esta formação está associada ao saber médico e ao saber quotidiano das mulheres. É de referir que o hospital como local de aprendizagem prevalece até aos nossos dias. No entanto, ao longo do séc. XX a formação mantém-se deficiente e o saber das/os enfermeiras/os continua a ser considerado menor. A instrução iniciada em 1901 está subordinada à técnica e aos conhecimentos da prática, não existindo um conhecimento científico. O curso básico tinha a duração de um ano e o curso completo seria de dois anos.

É nos anos 30 que são publicados manuais de autoria médica em que são definidas as medidas de higiene pessoal, ambiental , sobre as doenças contagiosas em que inferimos que os mesmos denotavam uma preocupação com a Higiene, iniciada nos séculos anteriores por outros países.

Desde 1947 que se começou a exigir no acesso aos cursos de enfermagem a instrução primária. Independentemente das exigências académicas, nos cursos prevalecem os saberes práticos e as/os enfermeiras/os mantêm um papel de abnegação. O ensino é dirigido por médicos, mantendo a subordinação do saber de enfermagem ao da medicina.

Um dos marcos importantes da Enfermagem foi o começo da autonomia técnica e administrativa em 1952, permitindo que as escolas iniciassem um percurso de diferenciação em relação à medicina. O processo iniciou-se com a formação de monitores através dos cursos complementares, a diferenciação de aulas teóricas, práticas, os estágios e a frequência obrigatória. Assim, a formação de enfermeiras/os deixa de depender das decisões do hospital em disponibilizar funcionários. Foi o começo de uma formação mais estruturada.

O Estado continua a exercer o seu controlo, mantendo a obrigatoriedade do Exame de Estado. A Enfermagem não é ainda uma profissão autónoma, tanto mais que os seus objectivos continuam indefinidos, mantém o enfoque hospitalocêntrico e a carência de monitores.

As lutas para a autonomia aumentaram no período de 1965-1971. Ao nível da formação, o Estado criou o Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem com duração de 20 meses, que teve como obstáculo a dificuldade de dispensar as/os auxiliares para a formação. De igual modo, o Curso Geral aumentou as exigências de ingresso ao nível académico e ao mesmo tempo foram introduzidas alterações ao nível curricular. A formação tornou-se mais equilibrada e polivalente, com uma pedagogia activa e participativa, começando a delinear uma perspectiva de enfermagem mais abrangente, em que a/o enfermeira/o tem uma formação mais vasta podendo actuar em todas as prevenções, não se limitando à figura hospitalar.

Em 1974, foram abolidos o Curso de Auxiliares de Enfermagem e o Exame de Estado. O Curso Geral, com duração de três anos, tem como objectivo uma formação básica polivalente sendo leccionado por enfermeiras/os. Assim, a Enfermagem para além do que já conquistara relativamente à autonomia técnica e administrativa, começou a ter autonomia na sua formação, reduzindo-se a intervenção directa do Estado em termos de planificação curricular e os médicos mantêm a sua acção na formação específica.

Outro ponto conquistado pela Enfermagem foi a prestação de cuidados com o método científico. Este facto veio exigir que a Enfermagem consolidasse um conhecimento científico próprio e, dadas as suas actividades holísticas, tivesse a influencia de várias outras ciências, perdendo um carácter monodisciplinar ligado à medicina para se complexificar numa perspectiva multirreferencial.

Em 1988, a Enfermagem conquistou a integração no Ensino Superior Politécnico com grau académico de bacharelato e o grau de licenciado através dos Cursos de Estudos Superiores Especializados. Mas esta vitória só foi possível com o alcance da valorização do pessoal docente e da autonomia científica.

Ao fim de 10 anos (1999) a Enfermagem alcança o grau acadêmico de licenciatura com uma delimitação do corpo específico de conhecimento.

Esta vitória foi conseguida com a evolução dos cuidados prestados, da formação de base e do esforço das/os enfermeiras/os afirmando a sua identidade profissional e aumentando a sua visibilidade e importância na sociedade

O conceito actual de Enfermagem

Como vimos a Enfermagem não tinha identidade profissional. O processo de definição da Enfermagem foi longo, com grandes influências históricas e políticas, demonstrando que as/os enfermeiras/os tiveram que fazer grandes esforços para definir o seu lugar e o seu papel na sociedade. Se efectivamente, ela começou a sua visibilidade e reconhecimento nas duas guerras mundiais, na realidade a definição de Enfermagem³³ surge com o REPE em 1996.

Foi com o contributo do REPE que a Enfermagem definiu o seu papel na sociedade e o tipo de cuidados a prestar pelos seus profissionais. Este regulamento é um avanço na definição da identidade profissional. Evidentemente, que este processo identitário no quotidiano é moroso pois o enraizamento histórico e social necessita de tempo para se transformar. O conceito actual de Enfermagem sustenta-se numa longa tradição de actividades que não eram reconhecidas sendo, muitas vezes, confundidas com as realizadas por membros de actividade doméstica e das próprias das mulheres.

As carreiras profissionais de saúde foram alteradas em 1965 e as/os enfermeiras/os passaram a ter habilitação técnica. O Estado foi um elemento regulador da Enfermagem até à existência da Ordem em 1998, em que delegou as suas funções numa associação profissional de direito público.

A Ordem assume na sociedade um papel de defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem através da elaboração de regras para o exercício profissional e controle da sua aplicação, salvaguardando os direitos da população utilizadora dos serviços prestados pelas/os enfermeiras/os. Assim,

³³ ver p.46

relativamente ao estabelecimento de regras verificamos que está interligado com a operacionalização dos conhecimentos e saberes das/os enfermeiras/os na prestação de cuidados nos contextos reais onde eles se produzem. Quanto ao controle do exercício profissional a Ordem procura garantir a máxima qualidade e coerência das práticas profissionais das/os enfermeiras/os. Neste sentido, tornou-se obrigatória a inscrição de todas as/os enfermeiras/os na Ordem.

Na conjectura actual, onde ganham visibilidade as diversas alterações governamentais pensamos poder afirmar que algumas funções inerentes à profissão de enfermagem se têm vindo a deslocar para o campo profissional das auxiliares de acção médica, cuja formação profissional é, em nosso entender, deficitária.

Cuidados de enfermagem na actualidade

O papel da enfermeira na prestação de cuidados de enfermagem, tem vindo a ser identificado com o próprio papel da mulher em períodos distintos, segundo Collière (1989).

A primeira, a Mulher que Ajuda, está ligada à fecundidade e o seu período estende-se desde os primórdios da humanidade até à Idade Média. A segunda, que vai desde a Idade Média até ao séc.XIX reporta-se à Mulher Consagrada, aquela que presta cuidados ao corpo sofredor, cujo papel se baseia nas regras conventuais que definem a condutas e os comportamentos da mulher consagrada. Os cuidados prestados nestes períodos não tinham bases científicas, eram somente mulheres que cuidavam de doentes como cuidavam dos seus filhos, adquirindo oralmente os seus conhecimentos.

Do princípio do séc. XX até ao fim da década de 60 prevaleceu o conceito de (Mulher) Enfermeira/ Auxiliar do médico. O papel da moral e o papel técnico dão origem ao papel da enfermeira. Neste período os cuidados de enfermagem começam a ter bases científicas.

Situamos nos últimos 30 anos, um maior movimento de luta no seio desta classe profissional para alcançar o estatuto de profissão que, como referimos, se foi concretizando com a emergência do REPE e da Ordem.

Com o aparecimento do REPE, os cuidados de enfermagem começaram a ter duas vertentes: interdisciplinares e autónomas. As interdisciplinares estão dependentes de outros profissionais, cabendo às/aos enfermeiras/aos a responsabilidade técnica de as executar. Nas autónomas, cabe à/ao enfermeira/o a responsabilidade de prescrição e de execução das mesmas.

Neste sentido, as/os enfermeiras/os prestam cuidados em diferentes e específicos contextos de trabalho, demonstrando capacidade de comunicação, de trabalho em equipa, de autonomia, de responsabilidade, de decisão, de criatividade, de liderança, de trabalhar em projectos e de garantir resultados.

Actualmente vive-se numa fase de reorganização com a publicação da mais recente legislação, nomeadamente na integração dos hospitais, como sociedades anónimas, em que predomina um cariz de produção/custo. Esta perspectiva de política de saúde pode balançar as conquistas efectuadas no processo de autonomia da enfermagem, nos papeis atribuídos aos profissionais de enfermagem (relembramos as crescentes atribuições às auxiliares de acção médica) e, ainda, às condições de trabalho das/os enfermeiras/os. Todas estas preocupações têm vindo a ser analisadas, discutidas e resolvidas com a colaboração dos Sindicatos de Enfermeiros, da Ordem e essencialmente das/os enfermeiras/os no seu contexto de trabalho.

Acreditamos que no futuro, os profissionais de enfermagem se devem demarcar do ascendente médico, ter uma prática baseada na investigação e participar nas decisões políticas da saúde.

IV – “RADIOGRAFANDO” O CAMPO DA FORMAÇÃO

Ao longo deste capítulo desenvolvemos um quadro teórico sobre a Formação, que teremos como referência na análise do trabalho empírico. Neste sentido, abordaremos algumas questões que se prendem com a Formação: Formação de Adultos, Formação Permanente, Modelos de Formação e Formação em Serviço.

IV.1 - Formação de adultos

Consideramos a formação um campo privilegiado para troca de saberes onde é fundamental a existência da implicação para que haja uma efectiva apropriação dos conhecimentos. No entanto, os saberes trabalhados podem ser apropriados, embora na maioria das vezes, estes sejam guardados em termos de informação. Esta perspectiva valoriza todo o discurso de autogestão, de autonomia e de desenvolvimento pessoal.

Segundo Nóvoa (em nota, cit. por Canário, 1999:5) a formação

“é um processo que não se deixa controlar facilmente. Acontece mais vezes quando não esperamos do que quando a programamos. O que conta é criar meios e ensejos de formação, colocar ao dispor de adultos um repertório de possibilidades que lhes permitam compreender melhor o seu trabalho e aperfeiçoar as suas competências profissionais, reflectir sobre os seus percursos pessoais e sociais, adquirir conhecimentos e sistematizar informação. Formar-se não é algo que se possa fazer num lugar à parte. Bem pelo contrário, é um processo que se confunde com a própria vida dos adultos”.

Numa trajectória de formação é sempre possível encontrar tempos e espaços particularmente “densos”, do ponto de vista formativo. Em geral, esses tempos e espaços produzem transformações nas representações que temos da realidade, induzem a produção de projectos pessoais e/ou grupais e são responsáveis pela produção de saberes- saberes, saberes- fazer, saberes- ser e saberes transformar-se- que, se revelarão úteis no exercício do trabalho.

Estes “*espaços e tempos de grande densidade formativa*” (Correia,1996:104) nem sempre coincidem com aqueles que são formalmente pensados para produzirem formação.

As/os enfermeiras/os em formação são adultos/as e este facto dá uma característica particular às suas actividades de formação. O adulto em formação, traz consigo um percurso de vida que influencia o modo como interpreta os acontecimentos e condiciona a sua conduta e as suas atitudes na variedade das situações. A experiência profissional é importante nas preocupações pessoais, porque a discussão da prática profissional e dos problemas do dia a dia têm um significado vivencial e formativo. Só a reflexão sobre a acção³⁴ pode levar cada um de nós a ultrapassar a rotina em que tão facilmente somos levados a cair pelas circunstâncias em que trabalhamos. Mas, por vezes, as instituições com legitimidade para decidir na formação a oferecer baseiam-se numa noção de “falta” de saber dos formandos, ao invés de terem em conta as trajectórias de vida e saberes anteriores.

Para que a formação tenha os seus frutos, temos que atender às possibilidades e aos limites do adulto. O seu autoreconhecimento vai permitir o crescimento pessoal, envolvendo por um lado, a interacção com os outros e, por outro lado, uma corajosa introspecção que caracteriza o genuíno encontro consigo mesmo. Nóvoa sublinha que é preciso ter em consideração não só a evolução dos saberes escolares como também os “(*...*)*saberes construídos a partir da experiência, da tradição ou do trabalho, e que não cabem no livro da escola.*” Assim a educação de adultos que o interessa

“define-se a partir desta outra dimensão, que não ignora os saberes consagrados, mas que não os toma como referência única. Os princípios da reflexão pessoal e da partilha colectiva, da cooperação profissional e da participação em iniciativas locais, ganham assim novos sentidos enquanto espaços onde se produzem saberes pertinentes para a formação dos adultos”(cit por Canário,1999:6)

A formação de adultos implica inovação, mudança e alteração de hábitos adquiridos, o que pode conduzir a resistências individuais e grupais. O

³⁴ver p.85

empenhamento/motivação dos profissionais pode ser facilitado por desafios que façam sentido no seu percurso pessoal e profissional. Esta perspectiva pode impulsionar a valorização da Formação em Serviço pelas/os enfermeiras/os. Nesta linha de pensamento a formação de adultos baseia-se na reflexão sobre a actividade desenvolvida e a integração de saberes constituídos.

Esta aprendizagem sedimentada na acção utiliza de forma flexível e criativa os conhecimentos das diversas áreas. Assim, entende-se que a formação se desenvolva com base na reflexão sobre a prática, promovendo um conhecimento dinâmico e com o carácter exploratório.

Desta forma, cada enfermeiro/a surge como construtor/a do seu próprio desempenho: construtor/a de um conhecimento que não se limita a ser um vasto repertório de factos e teorias mas que se alicerça numa rede flexível onde se entrelaçam e articulam vivências, experiências, estratégias, recordações, informações e intuições em que se baseiam as suas decisões e a sua actuação. Assim, a formação pode ter a sua génese e o seu desenvolvimento em perguntas sobre as actividades que exercemos.

IV.1.1 - Autoformação

Este tema é muito vasto. Carré (1992) identifica as sete correntes de autoformação que registamos de seguida e que consideramos poderem ser utilizadas pela mesma pessoa em diferentes contextos e mesmo simultaneamente:

- A autodidaxia em que o indivíduo aprende fora dos sistemas educativos,
- A formação individualizada em que o indivíduo aprende sem formador,
- A formação metacognitiva como um aprender a aprender,
- A organização como autoformadora em que o aprender pela e na organização,
- A formação autodirigida em que o sujeito tem o controlo da sua aprendizagem,

- A formação experiencial em que se aprende pela experiência directa,
- A auto-educação permanente em que o sujeito produz a sua educação.

A autodidaxia implica uma autonomia completa em que existe *“uma nova relação com o saber”* (Tremblay cit. por Carré,1992:15), caracterizada pela necessidade de *“assumir ele próprio, o conjunto das funções de ensino habitualmente devolvidos a um terceiro”* (Carré,1992:15). Neste caso, o aprendente acarreta a responsabilidade integral do conjunto das sequências educativas, e ele mesmo procura e encontra apoios exteriores. O seu procedimento é caracterizado pela falta de dependência face às instituições especificamente educativas. Os projectos autodidactas são caracterizados por uma forte implicação afectiva da parte daqueles que os formam. O percurso autodidacta, embora possa parecer não organizado, responde, no entanto, a uma finalidade fortemente mobilizadora para o aprendente. Os autodidactas são grandes consumidores de meios educativos de toda a espécie, utilizando um grande número de recursos, aproveitando todas as oportunidades para serem ajudados por outros, profissionais ou não, à margem dos dispositivos de apoio instituídos. As *“aprendizagens autodidactas são frequentemente caracterizadas pela alternância entre fases de reflexão e fases de acção, entre períodos de dependência e de independência, de aprendizagem autónoma e de recurso a agentes educativos”* (Danis e Tremblay cit. por Carré,1992:17).

A formação individualizada tem sido uma temática muito discutida por vários autores.

Froissart e Aballé (cit. por Carré,1992:18) referem que

“o termo de formação individualizada subentende em si mesmo, significações, reporta-se a conteúdos diferentes segundo as instituições e os actores da formação profissional, de certo modo, pondo em causa a eficácia procurada(...) Para uns, o termo individualização é empregue para dar conta de um sistema de formação que permita percursos diferenciados de indivíduo para indivíduo; para outros, ele reporta-se, sobretudo à utilização de métodos individuais de aprendizagem”.

Segundo Pineau (cit. por Carré,1992:19), na individualização a *“formação centra-se nos meios pedagógicos (programas, técnicas, instrumentos, equipamentos), em detrimento da análise das suas finalidades.(...) Esta centralização técnico-pedagógica da individualização pode mesmo atingir a alienação do aprendente na sua relação com os saberes”*.

A formação deve estimular uma perspectiva crítico- reflexiva, que forneça às/aos enfermeiras/os os meios de pensamento autónomo e que facilite as dinâmicas de autoformação participada. Estar em formação implica um investimento pessoal, um trabalho livre e criativo sobre os percursos e os projectos próprios, com vista à construção de uma identidade, que é também uma identidade profissional. Assim surge o triplo movimento definido por Schön (1995) - conhecimento na acção, reflexão na acção, reflexão sobre a acção.

O conhecimento na acção é o conhecimento que é inerente e simultâneo à acção. Este tende aa tornar-se tanto, espontâneo e automático indo conferindo o benefício da especialização e é inerente à acção inteligente, Schön (1995 a)

A reflexão-na-acção refere-se aos processos de pensamento que se realizam no decorrer da acção, sempre que os profissionais têm necessidade de reenquadrar uma situação problemática à luz da informação obtida a partir da acção, desenvolvendo experiências para conseguir respostas mais adequadas. Aqui a reflexão serve para reformular as acções dos profissionais no decurso da sua intervenção profissional (Zeichner,1995).

A reflexão sobre a acção refere-se ao processo de pensamento que ocorre retrospectivamente sobre uma situação problemática e sobre as reflexões na acção produzidas pelo profissional (idem)

O que distingue a reflexão-na-acção da reflexão sobre a acção é o seu imediato significado para a acção, afectando o que fazemos, isto é o imediatismo do agir.

O método autobiográfico, metodologia de formação que apela para uma reconceptualização do trabalho de formação, para a construção de uma nova “linguagem de formação” Correia (s/d). Facilita a construção de uma pedagogia da escuta e das subjectividades em alternativa à pedagogia da observação e da pretensa objectividade que tende a estruturar as representações

dominantes no campo educativo. A formação não se constrói por acumulação (de cursos, de conhecimentos ou de técnicas).

A dinamização de dispositivos de investigação-acção e de investigação-formação pode dar corpo à apropriação pelas/os enfermeiras/os dos saberes mobilizáveis no exercício da sua profissão. A este propósito é útil conjugar uma formação de tipo clínico, isto é, baseada na articulação entre a prática e a reflexão sobre a prática (Perrenoud cit. por Nóvoa, 1992), e uma formação de tipo investigativo, que confronte os profissionais com a produção de saberes pertinentes (Elliott cit. por Nóvoa, 1992). O esforço de formação passa sempre pela mobilização de vários tipos de saber: saberes de uma prática reflexiva; saberes de uma teoria especializada; saberes de uma militância pedagógica (Hamelin cit. por Nóvoa, 1992)

IV.2 - Formação Permanente em Enfermagem

A educação de adultos é para todos nós, todos precisamos dela, somos todos educados na medida das nossas necessidades, aspirações e possibilidades e simultaneamente, educadores ao nível das nossas competências e disponibilidade.

Ninguém nasce com o destino de aprendiz como também ninguém nasce senhor da sabedoria.

Para Veiga et al. (1995:36) a Formação Permanente *“é entendida como toda a aprendizagem que é desenvolvida após a formação inicial básica no sentido de um desenvolvimento de novas capacidades e de uma melhor adaptação ao meio profissional”*.

Nunes (1995:25) distingue os conceitos de Educação Permanente e Formação Contínua. A primeira consiste num *“ processo contínuo e global de formação que engloba a aprendizagem inicial e a que se desenrola lado a lado com o trabalho, podendo prolongar-se para além da reforma”*, o que nos conduz para uma imagem de formação ao longo da vida. A Formação Contínua é definida como *“as actividades de formação em que o enfermeiro se empenha para aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional, em simultâneo com a prática profissional”*, assumindo a/o enfermeira/o num papel específico/profissional dentro da Formação Permanente. Na Enfermagem

consideramos ser de facto importante a renovação de conhecimentos, pela diversidade de áreas onde se pode exercer a actividade.

Segundo Boutinet, a Formação Permanente *“implica sempre um duplo movimento de distanciação do real sob a forma de teorização, e de retorno ao real sob a forma de exame atento das situações com as quais o indivíduo foi ou é confrontado”* (cit por Veiga et al, 1995:36).

IV.2.1 – Percurso da Formação Permanente em Portugal

Em Portugal, e especificamente no domínio da saúde, podemos atribuir à Enfermagem um papel preponderante na divulgação e implementação dos princípios basilares que sustentam a Educação Permanente. Este contributo advém-lhe da criação da uma escola em 1967, denominada Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, cujo funcionamento permitiu a realização de um programa relativo à temática da “Educação em Serviço”. Esta escola tinha em particular atenção a filosofia subjacente à Educação Permanente, enfatizava o contributo dos responsáveis pelas instituições de saúde na realização das actividades de actualização, de acordo com as suas necessidades e o próprio contexto institucional. Esta atitude permitiu a integração da Formação Profissional na perspectiva de Educação Permanente começando a estruturar-se a ideia dos DEP (Departamentos de Educação Permanente) por todo o país (ver p.ex. Carneiro, 1988).

Os DEP que funcionavam ou os que pretendiam formar-se necessitavam de um órgão que coordenasse todas as suas actividades e, assim, em Outubro de 1978 organizou-se um grupo de trabalho para estudar a criação de uma Comissão de Educação Permanente em Enfermagem- CEPE, partindo da perspectiva de Educação Permanente, apontada pela UNESCO:

“é o conjunto de acções educativas (colectivas ou individuais) que devem ser facilitadas e/ou aconselhadas aos enfermeiros ao longo da sua carreira profissional, com o objectivo de desenvolver ao máximo as suas capacidades humanas e melhorar a sua competência profissional” (cit. por Carneiro, 1988:32).

Este grupo de trabalho apresentou o projecto de criação da Comissão de Educação Permanente em Abril de 1979 que, após apreciação pela Secretaria Geral do Ministério dos Assuntos Sociais foi aprovado em Dezembro de 1979 pelo Secretário de Estado da Saúde. Esta Comissão iniciou a sua actuação em Abril de 1982, após despacho do Secretário de Estado da Saúde e tinha como finalidades:

- *“Dinamizar e coordenar acções de Educação Permanente,*
- *Fomentar e apoiar a criação e organização de novos DEP,*
- *Actualizar os enfermeiros responsáveis pelos DEP,*
- *Fomentar a avaliação das actividades de formação desenvolvidas pelos DEP” (Veiga et al., 1995:37)*

Nesta época, a filosofia da Educação Permanente emergia de forma estruturada nos departamentos criados, simultaneamente, ia ganhando visibilidade, num registo informal, no trabalho desenvolvido pelas equipas de prestação de cuidados, que poderemos considerar ser a génese da “Formação em Serviço”.

Ao longo dos anos o conceito de Educação Permanente foi sofrendo alterações, conjugando-se com o preconizado pela OMS em 1981 (Carneiro, 1988). O termo “Educação” deu lugar a “Formação”, enquadrando a Formação Permanente, a Formação Pós-Básica e a Formação Básica dentro da Formação Profissional, já que o termo “Educação Permanente” tinha um significado mais abrangente, incluindo todas as actividades de vida dos indivíduos, desde o nascimento até à morte. Esta ideia é corroborada por Nunes (1995), que faz uma distinção entre os conceitos- Educação e Formação. A Educação tem uma conotação de formação para a toda a vida e a Formação é uma formação mais específica ao nível profissional.

As estruturas que tinham sido criadas para as/os enfermeiras/os procuram agora responder não só aos interesses e objectivos das instituições, mas também às necessidades sentidas pelos restantes profissionais de saúde em exercício nessas instituições. Esta dinâmica permite um desenvolvimento multidisciplinar em que a interdisciplinaridade da formação obrigue a uma

partilha na análise dos problemas comuns, descentralize a visão unilateral que cada grupo profissional adopta, de forma a que as soluções adoptadas beneficiam os intervenientes e, em última análise, o utente.

O CEPE dá lugar à CFAP (Comissão de Formação e Aperfeiçoamento Profissional), que é uma estrutura formativa que visa atender à multiprofissionalidade.

Em 1992, a CFAP recomendou:

“A estrutura formativa de cada instituição deve ser de âmbito multiprofissional; deve apostar na vertente institucional da formação, de modo a contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

A Formação em Serviço deve ser atribuída a enfermeiros (e outros profissionais) com capacidade para desenvolver investigação/acção, apoiada na estrutura formativa, mas de modo a desenvolver a vertente profissional da formação.

Os interesses formativos individuais devem ser suportados pelos próprios enfermeiros, não lhes devendo ser coartada a hipótese de irem a Jornadas, Encontros, etc... fora da instituição. Há que ter em conta a satisfação profissional de cada um, necessária à melhoria no desempenho” (Loff cit. por Veiga et al, 19995:37).

Numa análise à legislação portuguesa (Decreto-lei nº437/91 de 8 de Novembro, capítulo VIII, no artigo 63º) verificamos que esta contempla a Formação Contínua das/os enfermeiras/os, que deve ser assegurada por estruturas de formação dos estabelecimentos, que ao nível hospitalar se configura no CFAP³⁵ (Centro de Formação e Aperfeiçoamento dos Profissionais). De igual modo verificamos que as/os enfermeiras/os têm direito à utilização de um período correspondente a 42 horas por ano, em comissão gratuita de serviço, para efeitos de actualização e aperfeiçoamento profissional, mediante despacho do respectivo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço³⁶. Actualmente, as/os enfermeiras/os têm direito a 105h anuais para

³⁵ ver em IV.4- A Formação Permanente em contexto hospitalar

³⁶ Decreto-lei nº437/91 de 8 de Novembro, capítulo VIII, no artigo 63º, no ponto 2.

a Formação Contínua, pois foi alargado o crédito anual concedido para a autoformação aos funcionários e agentes da Administração Pública³⁷.

Não podemos deixar de referir, na linha de Canário (1999), que muitas vezes os processos de formação profissional contínua são orientados para a qualificação e requalificação acelerada da mão-de-obra, entendidas como requisitos prévios e indispensáveis a uma política desenvolvimentista. Neste sentido, procuraremos identificar o que uma formação tem no percurso social (na carreira, no estatuto) das pessoas em formação. Situamos assim, a Formação Contínua em Enfermagem numa perspectiva de Formação de Adultos³⁸

IV.3 - Modelos de formação

A formação é um dos aspectos importantes na vida do indivíduo, pois contribui para o seu desenvolvimento pessoal, profissional e como cidadão.

Segundo Demailly (1995:142) a formação pode ser dividida em duas categorias, as formais e as informais. As formais são definidas como os *“procedimentos de aprendizagem desligados da actividade tal como está socialmente constituída, desligados do ponto de vista do tempo e do lugar, delegados numa instância especializada de organização e estruturados de modo colectivo”*. As informais como *“impregnação, aprendizagem em situação, interiorização de saberes, saber-fazer e saberes comportamentais, adquiridos por contacto, por imitação, na companhia de um colega ou de um mestre, ou numa definição mais global, em situação”*.

Esta autora define ainda quatro modelos de formação:

- *Universitária*: é caracterizada pela *“personalização vincada da relação pedagógica, ..., no sentido da valorização do carácter pessoal (original) do ensino ministrado”*(idem:143), no caso particular da formação contínua é através das competências, do prestígio e das tomadas de posição pessoais do formador. Em geral, as negociações são prévias à acção, mas nada impede que

³⁷ Decreto-Lei nº174/2001 de 31 de Maio

³⁸ Ver p.73

também tenham lugar no decurso do processo. No caso particular de Enfermagem, cada vez mais as/os enfermeiras/os prestadoras/es de cuidados directos ou docentes, sentem a necessidade de integrarem neste modelo, porque este permite uma nova relação com o saber através da crítica e na produção de trabalhos de investigação,

- *Escolar*: o ensino é organizado por um poder legítimo exterior aos formadores. Estes têm de ensinar saberes que são definidos exteriormente num programa “oficial”, não sendo responsáveis pelo programa que ensinam. Estando o plano de formação previamente determinado, os saberes a adquirir tornam-se conhecidos de antemão. Neste sentido, a maioria das formações funciona numa instituição, onde há regras, leis, normatividade, sendo as temáticas fornecidas como um menu, em que o formando se inscreve pensando poder satisfazer as suas necessidades. Em forma de exemplo nos centros de formação, muitas vezes os conteúdos, os objectivos e as estratégias são formulados de acordo com as perspectivas dos organizadores,
- *Contratual*: o modelo “formativo-contratual” estabelece uma relação simbólica de tipo contratual entre o formando e o formador. O modelo “contratual” caracteriza-se por *“uma negociação (sob modalidades diversas), entre diferentes parceiros ligados por uma relação contratual, do programa pretendido e das modalidades materiais e pedagógicas da aprendizagem”* (idem:144), em que o formando está em formação durante o seu horário de trabalho. Isto acontece quando o CFAP promove formações para diferentes grupos profissionais para combater problemas que foram identificadas pelos diferentes núcleos profissionais. Assim, muitas vezes, inscrevem-se algumas/uns enfermeiras/os de cada serviço, para frequentarem as acções de formação que se realizam nessa instituição, com o objectivo de posteriormente transmitirem os conhecimentos às/aos colegas do serviço,

- *Interactiva-reflexiva*: abrange as iniciativas de formação ligadas à resolução de problemas reais, em que predomina a ajuda mútua entre os formandos e com a ligação à situação de trabalho. Trata-se de uma aprendizagem em situação, mas com “*dissociação espacio-temporal dos momentos de acção e dos momentos de constituição de novas competências*” (idem:145). Esta é acompanhada por uma acção de reflexão e teórica, sustentada por uma *ajuda externa*. Estes três aspectos permitem a sua integração nos modos formais de socialização. A capacidade de resolução de problemas é evidenciada neste modelo, no qual os saberes produzidos na relação pedagógica têm um carácter diversificado. Há, portanto uma elaboração em conjunto de novos saberes (saberes do ofício) durante o processo de formação que são colocados na prática em paralelo. O formador e formandos são colaboradores. O formador é um “apoio técnico” dos formandos. Os saberes devem ser produzidos em cooperação e devem ajudar a resolver os problemas práticos. A negociação colectiva e contínua dos conteúdos é o motor central do processo de formação e da sua avaliação.

Ainda na linha expressa por Demailly (1995:151), o papel de formador pode ter vários modelos de acordo com a sua postura: especialista (*Eis a solução, resta-vos aplicá-la* ou *Eis a solução, deixem-me fazer*), modelo médico-doente (*Eis o vosso problema e aqui está o tratamento*), o modelo da consulta dinâmica (*Ajudo-vos a ajudarem-se*), o modelo da colaboração (*Podem, durante um certo tempo, ver-me como mais um trabalhador que pertence à vossa comunidade*).

Giust- Despraires et al (1996) refere que a Formação Contínua de Adultos é organizada numa lógica de oferta com inscrições individuais.

Na maioria das vezes, o pedido dos responsáveis é paradoxal, pois pedem soluções mas, no entanto implicitamente, pretende-se mostrar que a teoria não resolve nada, podendo apenas ser entendida como um evitar da complexidade. As dificuldades são colocadas unicamente em termos de atribuição externa de responsabilidade, que é justificada pela posição de

impotência e de descontentamento. Neste tipo de pedido, o formador é colocado numa posição de autoridade em relação ao saber, que é semelhante à posição num modelo escolar.

No entanto, progressivamente são desenvolvidas formações colectivas no interior das organizações. Este tipo de formação permite uma estratégia de mudança fundada numa lógica de perfeição individual mas também sobre a ideia que o local de trabalho é um meio de transformação de práticas, pertencendo a um paradigma de intervenção prática.

Neste modelo de formação, a intervenção é inscrita numa orientação psicossociológica caracterizada por 3 dimensões:

- A investigação prática implica a colaboração dos participantes, de modo a serem mais autónomos e considerados como agentes essenciais da sua evolução,
- Intervenção psicossociológica começa com os componentes do sistema mas também como são interiorizados pelos actores,
- O trabalho compromete uma ajuda na emergência das associações significativas dos problemas com os participantes.

O trabalho de intervenção deve privilegiar o exame de situações particulares e procurar elucidar, com os participantes, as significações de acordo com a sua experiência, ao nível ideológico institucional, grupal ou individual.

O questionamento identitário tem uma ruptura da construção identitária profissional que nasce essencialmente de lógicas de certitude, domínio e continuidade, num mundo marcado por indeterminação e diversidade. Convida a reexaminar as lógicas internas de construção colectivas tendo em conta as especificidades das organizações.

O trabalho consiste na utilização dos recursos individuais ou colectivos, como condição de renovação e de identificação das dimensões essenciais dos problemas dos sujeitos, para reencontrarem a capacidade de tratar dos problemas.

Assim, o trabalho sobre o desconhecido é o coração da concepção de Giust-Desprairies et al, que passa por transparecer os seres e as estruturas. Esta transparência constitui uma condição, sem a qual os actores sociais não

podem elucidar as suas práticas e operar mudanças desejadas. As novas significações emergem das situações de formação e importa não sacrificar a questão do tempo, que é uma condição fundamental da elaboração e na maturação.

Lesne (1984) identifica três modelos de formação ou modos de trabalho pedagógico (MTP) de acordo com a forma como o formando é entendido no processo, nas próprias concepções de formação: o objecto, o actor e o agente da sua formação.

No MTP1, de tipo transmissivo, em que a pessoa é considerada como “objecto” de formação, há uma orientação normativa *“pelo qual se transmitem saberes, valores ou normas, modos de pensamento, entendimento e acção, ou seja, bens culturais em simultâneo com organização social correspondente”* (Lesne,1984:43). O formador é quem sabe e a *“formação é um processo de inculcação e de imposição em que o lugar do saber e do poder se situa essencialmente no formador”* (Lesne,1984: 47).

No MTP 2, de tipo incitativo, o formando é *“considerado como sujeito da sua própria formação, actor social, determinando-se e adaptando-se de forma activa aos diferentes papéis sociais e (...), por consequência, sujeito da sua própria formação”* (Lesne,1984:34). Há uma orientação pessoal, *“que opera principalmente ao nível das intenções, dos motivos, das disposições dos indivíduos e procura desenvolver uma aprendizagem pessoal dos saberes”* (Lesne,1984:43). O formador tem como função facilitar o acesso aos saberes e à aquisição destes. A sua acção centra-se no processo de apropriação dos saberes e na aquisição destes, no processo de apropriação de conhecimentos, a partir da expressão das necessidades dos formandos, considerados capazes de autonomamente construir os seus saberes e por isso são incitados a fazê-lo (Lesne, 1984:100-101).

O MTP3, o formando é um agente de formação, agente determinado mas também determinante, agindo ao mesmo tempo em e sobre o próprio processo e, por consequência, actor social e agente de formação. Este modo de formação é designado de *“tipo apropriativo, centrado na inserção social do indivíduo”* (Lesne,1984:151). Aos formadores cabe assegurar a relação dialéctica entre a teoria e a prática, o objectivo é aumentar as possibilidades e

acção dos formandos na transformação da realidade social a que pertencem (Lesne,1984:179).

Canário (1999) caracteriza o próprio exercício do trabalho como um produtor de competências. Neste sentido, o espaço, o tempo e os actores sobrepõem com as situações de trabalho, permitindo uma valorização dos processos de trabalho e dos seus efeitos formadores. É esta “intelectualização do trabalho” que contribui para pôr em causa a separação tradicional entre a situação de trabalho e a situação de formação. Assim, há uma transformação na dinâmica da formação evoluindo para um papel de conselho e de ajuda. Estamos em presença de um processo global, que permite a produção de competências complexas; o alargamento da representação dos formandos em relação ao conjunto da função em que participam; a aquisição de competências cognitivas (saberes-fazer mentais polivalentes), o desenvolvimento da autonomia, de responsabilidade, da motivação, do sentido de iniciativa, das capacidades relacionais.

Se analisarmos as circunstâncias em que as “aprendizagens” ocorrem, muitas vezes não reúnem as condições necessárias para a formação do adulto. Isso é evidente no número de participantes, na metodologia utilizada (biomédica), na falta de partilha de informação, pois parte da informação é esquecida .

Segundo Canário (1998:20) as estratégias e modalidades de formação que ainda hoje continuam a ser dominantes, são as de cariz positivista que encara a relação entre a acção e a teoria como uma mera relação de aplicação. Ao nível formativo traduz-se por *“uma sobrevalorização da anterioridade da formação, relativamente à acção e à mudança, pela sequencialidade conhecimento científico- conhecimento tecnológico- treino que corresponde a uma matriz fundamental da “forma escolar”*”. O resultado tem uma forte componente escolarizada, em que se centra ao nível da técnica e tendencialmente extra-territorializados.

O mesmo autor refere que para combater esta perspectiva de formação é necessário valorizar a *“articulação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social e colectiva do exercício do trabalho, a relação complexa entre saberes teóricos e saberes construídos na acção”* (idem:20).

Dentro desta perspectiva uma das estratégias a utilizar é a análise das situações, com o objectivo de colocar em evidência as suas características globais e de complexidade. Neste sentido, a acção tem a particularidade de apelar a uma mobilização de um conjunto diverso de saberes contextualizados e transformados em competências na situação de relação enfermeira/o-doente, no caso específico da Enfermagem. Assim, há um convite para a valorização da dimensão estratégica da formação, conduzindo a um reequacionamento crítico das preocupações de “eficácia” da formação. Esta perspectiva de formação deixa de estar centrada na produção de produtos de formação (acções, cursos, estágios) de “qualidade”, passando a concretizar-se através da referência aos “problemas de qualidade” que os profissionais, em situações de incerteza, deverão equacionar e resolver.

Correia e Matos (1996) definiram três ideais-tipo de situações de formação. Na primeira existe um regime de reprodução da informação em que predomina uma conformação do formando. Na segunda, o formando aparece como elemento estruturante nas situações formativas, atribuindo um sentido subjectivo à situação sem reconhecer a arbitrariedade dos constrangimentos objectivos. Neste sentido, o formando é o sujeito de uma situação com base nas relações informais e na troca de conhecimentos entre pares. Estas situações *“produzem pré-disposições para a acção individual no interior de mapas cognitivos onde a substituição dos saberes predomina relativamente a sua acumulação”* (p.338). Na terceira, o formando poderá ter um papel estruturador da situação, atribuindo um sentido estratégico e reconhecendo a arbitrariedade dos constrangimentos objectivos da situação. Na particularidade destas situações formativas, o formando define-se como um agente da sua própria formação e da formação da própria situação de formação.

Esta perspectiva é corroborada por Lesne através do seu MTP3 e por Veiga et al. (1995). O último apoia a sua perspectiva em Schön quando propõe uma epistemologia da prática tendo como referência os “skills” (conhecimentos, atitudes e habilidades) subjacentes à prática dos profissionais. Ele confere vários tipos de conhecimento: conhecimento-na-acção, reflexão-na-acção, reflexão-sobre-a-acção³⁹.

³⁹ os três primeiros tipos de conhecimento foram analisados na p.77

A reflexão sobre a reflexão-na-acção leva indirectamente a ajustar as nossas acções futuras (Rosemblum cit por Veiga et al, 1995). Como diz Alarcão (cit por Veiga et al, 1995), este processo permite ao profissional uma progressão do seu desenvolvimento e da sua construção na forma de agir e compreender os problemas com que se deparará no futuro.

Nesta realidade, o formador tem um papel de conselheiro e de ajuda, assim, demonstra, questiona, aconselha e exerce espírito criativo com objectivo de ajudar a compreensão do contexto por parte do formando (Veiga et al, 1995).

Esta nova perspectiva de formação possibilita a adequação da teoria à prática, em que as Escolas Superiores de Enfermagem, os/as responsáveis pela formação e cada enfermeira/o tome a consciência do que são e do que querem vir a ser, como profissionais de saúde.

As acções de Formação Permanente têm impacto se existir uma articulação entre os motivos institucionais e a vontade individual, sendo assim um motor de motivação para a mudança necessária, para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelas/os enfermeiras/os.

IV.4 - A Formação Permanente em Contexto Hospitalar

O Centro de Formação e Aperfeiçoamento do Pessoal (CFAP) é uma entidade de formação no contexto hospitalar que tem como objectivo facultar a Formação Contínua a todos os profissionais do hospital, de modo a contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade dos cuidados prestados aos utentes do hospital através da valorização do seu pessoal (profissionais do hospital). Esta formação *“ é assumida como resultante do compromisso entre aprendizagem e experiência, de modo que não assuma as características de formal, abstracta e muitas vezes inútil e deve ser encarada como processo de desenvolvimento profissional nos interesses institucionais, salvaguardando as motivações individuais”* (Boletim Informativo). Note-se que a definição está de acordo com a definição da Formação em Serviço⁴⁰.

⁴⁰ ver p.91

O CFAP tem existido para dar resposta às políticas e objectivos da instituição⁴¹; ela é geralmente planeada com a colaboração dos diferentes gestores das unidades a fim de ver resolvidas as necessidades de formação dos profissionais de saúde.

Estruturalmente existem vários Núcleos e Conselhos que estão interligados entre si, com o objectivo de apoiar a elaboração da política e dos planos de formação, de avaliar as acções de formação e de assegurar a organização do dossier pedagógico segundo o Boletim Informativo do Hospital de 1999.

No entanto, é de referir que actualmente as acções de formação são elaboradas nos serviços e avaliados pela/o enfermeira/o chefe e enfermeira/o especialista, não existindo intervenção directa do CFAP. Registe-se que a Formação em Serviço tem um carácter autónomo e independente no CFAP. Os planos de actividades, a presença das/os enfermeiras/os nas acções de formação e a descrição das acções são enviadas ao CFAP pela/o responsável da formação. O Centro elabora os certificados das presenças nas acções de formação, quando solicitados pelas/os enfermeiras/os.

A estruturação e os objectivos desta entidade formativa hospitalar foram alterados ao longo dos anos, tomando muitas vezes diferentes nomenclaturas.

O seu historial foi referido ao longo da entrevista à responsável pela formação ao nível hospitalar e que desempenha, igualmente, o papel representativo das/os enfermeiras/os na Comissão Executiva do CFAP, que foi resumido em forma de quadro (Quadro nº3- Anexo 3).

Esta entidade formativa surgiu em 1977 com a designação de DEPE (Departamento de Educação Permanente de Enfermeiros), que ainda é muito utilizada no contexto de Enfermagem. Era caracterizada pela sua monoprofissionalidade, tendo surgido no quadro da progressão das/os auxiliares de enfermagem para enfermeiras/os, dando resposta à exigência de formação neste processo, *"daí que, ainda hoje, quando os enfermeiros querem pedir a sua equivalência ao bacharelato, e têm que apresentar os pontos para lhe ser atribuído esse grau académico, nós passamos uma declaração, passa uma declaração o Conselho de Administração, em como aquela formação*

⁴¹ os objectivos alteram-se anualmente.

realizada em 77,78,79,80,81, era formação reconhecida por aquele tal despacho que reconhecia a nossa entidade formadora com idoneidade para fazer formação”(A:17)⁴².

A partir de 1988, o DEPE passou a ser designado DEP (Departamento de Educação Permanente) de carácter multiprofissional, com objectivo de formação de enfermeiras/os, administrativos e auxiliares de acção médica e passou a abranger a Formação Contínua dos profissionais do hospital.

Até 1998, a responsável pelo DEPE e DEP era um/a enfermeiro/a, sendo gerido quase exclusivamente por enfermeiras/os. Neste ano, surgiu um facto importante, em que a Formação em Serviço das/os enfermeiras/os ficou desligada do Centro de Formação e a designação deste Centro passa para CFAP, que se mantém até aos nossos dias. Este Centro passou a ter uma orgânica diferente do que tinha, com uma Comissão Executiva em que o/a administrador/a hospitalar é a coordenador/a da formação, por um/a enfermeiro/a a tempo inteiro e por um/a médico/a a tempo parcial. Apesar destas mudanças é de registar que um dos membros permanentes a exercer funções a 100% no Centro é a/o enfermeira/o.

A identificação das necessidades das/os enfermeiras/os ao nível da Formação Contínua é realizada pelo Núcleo de Formação dos/as enfermeiros/as. Este núcleo identifica as necessidades de formação através de entrevistas com as/os enfermeiras/os chefes para conhecer as suas motivações e as suas necessidades de formação. Depois são realizadas entrevistas com o/a enfermeiro/a director/a, sendo o plano de formação elaborado e aprovado por esta e só depois proposto à CFAP, para ser integrado no seu plano anual.

IV.5 - Formação em serviço

Um dos factores importantes para alcançar o sucesso a nível individual ou organizacional é a capacidade de reconhecer e dar resposta à mudança. Alterações de produtos, técnicas, equipamentos, legislação, etc., podem afectar o modo como o trabalho é desempenhado e implica a necessidade dos profissionais de adquirirem novos conhecimentos e aptidões.

⁴² A letra A referente à entrevista A; número referente à página

É assim que a Formação em Serviço surge como uma forma de colmatar a necessidade de formação no contexto de trabalho, podendo ser integrada na Formação Permanente. Em nossa opinião, a formação deve surgir ligada à organização, já que é essencial que haja suporte das chefias de topo e das chefias directas para o desenvolvimento da formação.

De acordo com a legislação portuguesa (Decreto-lei nº 437/91, de 8 de Novembro no capítulo VIII, artigo 64º), a Formação em Serviço é concretizada em cada unidade prestadora de cuidados e cometida por um período de 3 anos, renováveis a um/a enfermeiro/a especialista (idem, ponto 1). A escolha deste/a especialista faz-se mediante:

- A manifestação do interesse⁴³ por parte das/os enfermeiras/os especialistas,
- Pela/o enfermeira/o- chefe e pelo/a enfermeiro/a supervisor/a (idem, ponto 2), com base no curriculum profissional (formação em técnicas e métodos no âmbito da pedagogia), experiência profissional, características pessoais facilitadoras do processo de aprendizagem (idem, ponto 3).

Neste ponto da legislação privilegiam-se as características da/o enfermeira/o especialista para exercer o cargo de responsável pela Formação em Serviço. Estas consistem na sua vontade e competência (como elemento mais preparado ao nível dos conhecimentos técnicos, pedagógicos, experiência profissional e características pessoais facilitadoras do processo de aprendizagem). Mas, a que se quer referir o legislador especificamente com “características pessoais,...”? Serão estas características intuitivas e/ou desenvolvidas? Estarão elas relacionadas com a assertividade, a escuta, a crítica...?

Actualmente, as/os enfermeiras/os especialistas não são as/os únicas/os com preparação específica pois com a Licenciatura em Enfermagem, as/os enfermeiras/os passaram a ter uma preparação básica e/ou complementar na área da formação e educação. Neste sentido, a legislação poderá estar desactualizada e a necessitar de revisão.

⁴³ o interesse pode surgir de forma voluntária ou por vezes imposto, se for a única especialista no serviço

A/o enfermeira/o especialista pode ter mais do que uma unidade prestadora, no caso da dimensão, das características, da organização e dos recursos humanos das unidades o justificarem (idem, ponto 4). Neste sentido, questionamos como é que a/o enfermeira/o especialista poderá estar implicada/o e identificar as necessidades de formação, se ela/e não exerce funções naquele serviço, não tem contacto com a realidade dos cuidados e não estabelece uma relação directa com as/os enfermeiras/os.

Recorrendo ainda à legislação supra, verificamos que o objectivo da Formação em Serviço" é *visar a satisfação das necessidades e formação do pessoal de enfermagem, considerado como um grupo profissional com objectivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo"*(idem, ponto 6).

Colocamos ainda uma questão em relação ao artigo quando refere um "grupo profissional com objectivo comum": o que significa "objectivo comum"? Este objectivo estará relacionado com a hipótese dos profissionais partilharem a mesma opinião ou, com existência de um consenso nas necessidades do grupo profissional ou, apenas, com o facto das chefias identificarem as necessidades como sendo do grupo e do serviço e/ou as necessidades individuais?.

Provavelmente a intenção do legislador, ao institucionalizar a Formação em Serviço, foi a de que as/os enfermeiras/os pudessem prestar cada vez mais e melhores cuidados, tendo em conta as características dos utentes, de cada unidade e das/os enfermeiras/os. Também podemos relacionar a Formação em Serviço com a integração do indivíduo, com a correcção de desempenho desajustado e, em última instância, entendê-la como um meio de mudança de comportamento e de concretização do plano de intervenção.

No entanto, a Formação em Serviço, restringe-se à valorização das acções formais (interacção, reuniões para discussões de casos e outros) e pontuais (reuniões, passagem de turno), realizadas no local de trabalho, em tempos considerados menos produtivos. A participação na formação muitas vezes, tem como objectivo a certificação, adquirindo uma lógica egocêntrica visando apenas a progressão na carreira ou para uma determinada função. A Formação em Serviço, muitas vezes é planificada numa postura tradicional de transmitir informação.

A actividade da/o enfermeira/o especialista está sob a responsabilidade da/o enfermeira/o-chefe (idem, ponto 5). Esta situação delimita a autonomia da/o enfermeira/o especialista na planificação e avaliação das actividades de formação; e as suas próprias actividades são avaliadas pela/o enfermeira/o chefe. Embora a/o enfermeira/o especialista seja a responsável pela formação, a decisão final é da/o enfermeira/o chefe, existindo assim uma evidente questão de hierarquia e de poder.

Ainda no mesmo artigo se refere que, o trabalho desenvolvido é planeado, programado e avaliado de forma coordenada com a estrutura de formação do respectivo estabelecimento ou serviço prestador de cuidados de saúde (idem, ponto 7), que neste caso particular é o CFAP. A Formação em Serviço é planificada pelos diferentes serviços enviando, no início de cada ano, o seu plano de formação. Durante o ano, a/o enfermeira/o especialista vai enviando ao CFAP, as folhas de presença, as acções de formação realizadas e a sua avaliação. No fim de cada ano, a/o enfermeira/o especialista faz um relatório sobre a Formação em Serviço realizada. O CFAP além de acompanhar esta dinâmica é também um apoio, caso o serviço dele necessite. Na entrevista realizada à responsável pela Formação em Serviço ao nível hospitalar (entrevista A), a Enfermeira refere que a Formação em Serviço está sob a responsabilidade da Direcção de Enfermagem.

As/os enfermeiras/os responsáveis pela Formação em Serviço são situadas/os num escalão remuneratório imediatamente superior àquele que detêm a partir da data em que iniciarem as respectivas actividades (idem, ponto 8). Para permanecer no escalão têm que se manter 3 anos nesta função, caso contrário, regridem para aquele que detinham à data em que lhes foi cometida a Formação em Serviço, embora lhes seja contado o tempo de serviço prestado naquelas actividades (idem, ponto 9 e 10). Se na unidade de cuidados não existir um/a enfermeiro/a especialista a quem seja cometida a Formação em Serviço, esta competência poderá ser atribuída às/aos enfermeiras/os graduadas/os de acordo com o ponto 3 (idem, ponto 11).

Independentemente da forma como a Formação em Serviço é estruturada, a sua planificação necessita de focar alguns pontos: diagnóstico das necessidades, análise das necessidades, execução e avaliação.

Bourgeois (1991:40-50) aponta para a clarificação das necessidades através de uma abordagem operacional por três etapas. A primeira etapa consiste na balizagem institucional do percurso da análise das necessidades através da clarificação e negociação dos objectivos da análise das necessidades (determinação da margem da manobra do analista; enquadramento da situação- problema), da escolha e da categorização dos actores a implicar na análise e determinação das modalidades de implicação; e da elaboração de um contrato de arranque.

Ao nível hospitalar, em primeiro lugar esta abordagem é realizada pelo/a enfermeiro/a director/a e a/o enfermeira/o-chefe, através da discussão dos objectivos de formação implementados pelo hospital e das necessidades de formação do serviço. Em seguida, a abordagem é realizada ao nível do serviço, com a participação da/o enfermeira/o-chefe e da/o enfermeira/o especialista. A dinâmica implementada na identificação das necessidades depende da motivação dos diferentes intervenientes.

A segunda etapa através da produção dos objectivos indutores da formação, processa-se com cada categoria de actores separadamente. A problematização da situação de trabalho com a fase divergente e a fase convergente; a determinação dos objectivos indutores da formação (determinação das soluções ideais relativamente aos problemas percebidos e às aspirações: fase divergente e convergente; análise dos limites e dos recursos relativamente às diferentes soluções ideais proposta e elaboração de um quadro síntese).

Bourgeois considera que a fase divergente responde à necessidade de:

“ num primeiro tempo, de suscitar e facilitar a expressão dos actores nos dois pólos em questão. O formador deve em primeiro lugar estimular a expressão dos actores, por exemplo, através de técnicas de brainstorming. Neste estágio, contenta-se em registar “à balda”, tal como aparecem, os elementos de análise e de julgamento da situação actual, assim como as aspirações (mas também os temores, os medos, etc.) expressos pelos actores” (1991:51)

A partir do momento em que se considere que atingiu um grau satisfatório de informação em termos qualitativos ou quantitativos na fase

anteriormente referida, a fase convergente tem um papel de ordenador da informação. Esta ordenação surge através da distinção dos enunciados sobre a situação actual e da situação esperada,

“da identificação dos temas gerais e específicos que aparecem sobre cada um dos pólos; sobre o polo “situação actual”, distinguir o que diz respeito à constatação de um problema, as suas causas e efeitos; sobre o polo “situação esperada”, uma classificação dos diferentes níveis de aspirações, etc. Este trabalho desemboca geralmente em quadros e/ou esquemas sintetizando estes diferentes agenciamentos da informação” (Bourgeois E., 1991:50-51)

Leitmotiv cit. por Barbier J.M. e Lesne M(1986:14) refere que a *“análise das necessidades toma-se um meio de demarcação entre as práticas de formação; analisar as necessidades apresenta-se como um momento indispensável, constitutivo de toda a acção de formação; não a desenvolver, qualquer que seja a sua forma, expõe a uma crítica desqualificadora”*.

A própria noção torna-se um ponto de convergência, mesmo em discursos opostos, *“o discurso de tipo humanista acentuando a adaptação da formação às aspirações pessoais e às “necessidades profundas” dos indivíduos, e o discurso de tipo tecnocrático pondo, pelo contrário, em relevo a adaptação dos indivíduos às necessidades sociais”* (Barbier JM e Lesne M, 1986:14).

Bourgeois (1991:50-51), refere que na sua abordagem operacional, a terceira etapa consiste na negociação intercategorial dos objectivos indutores de formação através da comunicação a todas as categorias de actores dos objectivos indutores de formação produzidos por cada uma das categorias, da negociação e tomada de decisão final (determinação das soluções e identificação das soluções possíveis que dependem da formação(objectivos indutores de formação)) e da formulação da plataforma comum de objectivos indutores de formação.

Entender “necessidade” como “falta de” é pormos de lado as aspirações e preocupações pessoais. Esta postura impede muitas vezes que as pessoas desenvolvam um sentimento de pertença e nesse sentido eles guardam os saberes transmitidos em termos de informação e não de apropriação.

Segundo Pin (1996:3) “ a necessidade de formação é a resultante de um processo associando os diferentes actores implicados e traduzindo um acordo entre eles sobre as “faltas” a preencher através da formação.”

A necessidade de formação não existe só por si. Esta emerge das pessoas que desejam desenvolver as suas capacidades ou conhecimentos na perspectiva de uma promoção ou de evolução no quadro de uma empresa ou instituição confrontada com novos objectivos. Deste modo, a pessoa que se forma se autoresponsabiliza, desenvolvendo a capacidade de analisar as implicações das aquisições da sua formação na sua actividade profissional.

Esta autoresponsabilização exige uma motivação que por vezes não é conseguida. Mendes (1998:16) enumera factores extrínsecos para a desmotivação das/os enfermeiras/os:

- “a não valorização do acto formativo por parte dos seus superiores hierárquicos,
- a precariedade de vínculo à instituição, vulgo “recibo verde”, ou contrato a prazo,
- a não inclusão em horário de trabalho, do tempo disponibilizado para as acções formativas, com o consequente desgaste físico e intelectual, de reflexos previsivelmente nefastos, para o cliente receptor dos nossos cuidados,
- a não satisfação das inscrições nas unidades pedagógicas.”

Mas, a resposta a uma necessidade identificada não é necessariamente uma resposta em termos de formação. A necessidade analisa-se, a resposta à necessidade é objecto de negociação.

Além da identificação e análise das necessidades é primordial realizar uma análise dos recursos e dos limites que possam interferir com a formação. Alguns limites são ultrapassáveis, outros não são evitáveis. É necessário determinar os meios para evitar que bloqueiem a formação. Em relação aos recursos é necessário a sua identificação de modo a serem facilmente utilizados (Jonnaert, 1996).

As acções de formação são um meio de fomentar a Formação em Serviço. A sua riqueza advém do modo como é implementada e elaborada.

Na nossa perspectiva, uma acção de formação não deve ser vista como uma dádiva, mas sim, como uma troca de saberes, é importante que haja implicação pois esta é fundamental para que formandos e formadores se apropriem de conhecimento. Partilhamos esta opinião com Carls Rogers quando refere que *“os únicos conhecimentos que podem influenciar o comportamento de um indivíduo, são os que ele próprio descobre e de que se apropria”* (cit. por Serruys, 1976:137).

Num processo de relações interpessoais, os modos de comunicação, as atitudes, a criatividade são factores que merecem maior valorização relativamente aos conteúdos. Um grupo só pode funcionar se existir um mínimo de comunicação entre os seus membros. Também cada grupo possui as suas atitudes próprias e, estas atitudes colectivas podem ser totalmente diferentes das individuais dos membros do grupo (Serruys, 1976).

Para que uma acção de formação se torne numa transformação dos indivíduos, implica um processo de trabalho baseado em actividades. Elas supõem a *“aplicação de instrumentos de análise do funcionamento de uma actividade ou de um processo de transformação”* (Barbier J.M., 1990:12).

Numa acção de transformação dos indivíduos, são os próprios indivíduos no estado inicial(t) do desenvolvimento (perfil de partida dos formandos), o material de trabalho, mas temos que considerar os seus conhecimentos anteriores.

Em seguida é o meio de trabalho que constitui a realidade, em que se realiza a actividade ou o processo de transformação. Geralmente, as actividades de transformação são realizadas pelas instituições postas em jogo para esse fim. Na particularidade de actividades de formação verificamos que estas são realizadas em meios do trabalho no qual existe um gasto de actividades dos actores das instituições de formação (tempo de trabalho de formadores e formandos). Existindo relações entre eles, pode surgir a clarificação das relações de trabalho específicas destas acções (fenómenos relacionais e de poder).

O produto ou resultado do trabalho consiste na mudança dos próprios indivíduos no estado $t+1$ do desenvolvimento (perfil de chegada dos formandos).

Segundo Barbier, J.M.(1990), a dinâmica da acção de formação depende da especificidade do processo das actividades de transformação dos indivíduos e da sua própria avaliação. Os campos de transformação podem ser vários tais como: produção dos meios de existência (processo de evolução social); trabalho da produção de bens e de serviços (processo de evolução profissional); de formação (processo de formação) e de pedagogia (processo pedagógico).

Geralmente o processo profissional é o mais utilizado ao nível das instituições hospitalares, pois tem a função de qualificação profissional. Partilhamos com Barbier, JM, a ideia de que falar da avaliação em relação a uma acção de formação é decerto uma função social de valorização desta acção (1990).

A ideia de avaliação está construída num espaço ideológico, estruturado por dois pólos: *“um pólo negativo organizado em torno das noções de repressão, de selecção, de sanção, de controlo, e um pólo positivo organizado em torno das noções de progresso, de mudança, de adaptação e de racionalização”* (Barbier, J.M., 1990:8).

De um modo geral, as práticas da avaliação contribuem para elucidar o papel de uma acção de formação e dos diferentes níveis de objectivos em relação aos quais se situa, as contradições que a atravessam.

Queremos referir que há uma dificuldade no processo de avaliação. Neste processo surge dois tipos de abordagem: o primeiro, uma abordagem instrumental, em que se centra fundamentalmente nos métodos e técnicas de avaliação e corresponde a um pedido social muito forte em matéria de instrumentos; a segunda tem uma vertente mais globalizante, mais crítica e mais normativa, colocando em evidência noção, dos objectivos a avaliar, ou dos critérios a utilizar, preocupando-se com as relações de poder e a avaliação, enumerando um determinado número de proposições sobre o que deveria ser uma verdadeira avaliação.

A avaliação da Formação em Serviço em Enfermagem é realizada por dois momentos. O primeiro é pela avaliação realizada após as acções de

formação com o preenchimento de um questionário e o segundo com a elaboração do relatório de Formação em Serviço realizado pela/o enfermeira/o especialista, em que especifica se foram alcançados os objectivos traçados no início do ano.

A auto-reflexão realizada pelo formador e a reflexão da formação realizada pelos formandos, constituem um excelente processo de formação. Este processo é uma regra de restituição (pôr ao de cima toda a formação que por sua vez leva à conflituosidade), pois permite observar a representação que o grupo tem do formador e de si próprio e, ainda possibilita um importante trabalho sobre estas representações. Tal como Correia (s/d) consideramos que é importante a participação dos formadores e formandos, numa produção negociada de sentidos.

Nesta perspectiva as necessidades de formação não são estabelecidas à partida de forma definitiva, mas vão sendo negociadas e reformuladas no decurso do processo de formação.

Esta ideia é igualmente apoiada no trabalho de Lesne (1984:107), quando refere que, no âmbito do MTP2, o *"saber está também no grupo: as dissimetrias de informação e de saber favorecem a autoformação, graças a uma co-formação e a uma formação mútua que estabelecem no interior do grupo"*. Permite uma *"promoção de um saber essencialmente utilitário e pragmático, de um saber antes do mais prático e resultante de uma experiência vivida, de um saber-reflexo das condições de trabalho, de um saber-resultado do trabalho dos "analísadores"⁴⁴"* (idem).

O insucesso dos métodos escolares, *"que quase irresistivelmente há tendência a aplicar"*, explica-se por razões que dizem respeito à especificidade do adulto em formação: *"- resistência em regressar à escola, - sentimento de que os conhecimentos de tipo escolar ou universitário não servem para nada, - impossibilidade de dissociar ou compartimentar os conhecimentos, já que a realidade profissional é interdisciplinar, - impossibilidade de dissociar teoria e comportamento prático em situação profissional, - importância da relação entre o meio profissional e a formação do adulto no seu meio profissional "a tal ponto*

⁴⁴ Em Pedagogia institucional *"privilegia, na sócio-análise, o termo analisador..., designa todo o acontecimento que revela um sentido latente ou implícito numa dada situação e provoca a reflexão, produzindo a "análise" alargada, então, a conjuntos sociais mais vastos"* (Lesne, 1984:107)

que o meio a impede a neutraliza ou, pelo contrário, a favorece” (Lesne, 1984:80).

V- UMA “ECOGRAFIA DO SERVIÇO”

No sentido de melhor explicitar a relação que as/os enfermeiras/os estabelecem com a Formação em Serviço, neste momento, realizamos uma análise “ecográfica” do trabalho desenvolvido no terreno durante a investigação.

Consideramos pertinente iniciar esta abordagem com uma contextualização relativa à documentação utilizada por estas/es profissionais na sua prática quotidiana e, ainda, com uma leitura sintética do que pensam sobre a Formação em alguns campos.

De seguida, procedemos à análise “ecográfica”, pela dinâmica encontrada, da prática efectiva da Formação em Serviço na especificidade de um Serviço Hospitalar. Para o efeito estruturamos a análise em torno de três eixos – Organização, Desenvolvimento e Efeitos da Formação em Serviço –, à qual se segue uma reflexão. No entanto, achamos pertinente fazer uma breve referência à estrutura física e às patologias mais usuais neste contexto hospitalar, dado que estas interferem nos cuidados prestados pelas/os enfermeiros/as.

Este Serviço é constituído por enfermarias para doentes masculinos e femininos, situadas no r/c. Estas são divididas por duas alas, embora a sala de refeições e de lazer sejam partilhadas.

Das 7 enfermarias existentes, 4 são para doentes masculinos. A primeira acomoda 5 camas (denominadas por cama 1 a 5), a segunda com 3 camas, a terceira com 5 camas e a quarta com 6 camas. A ala feminina é constituída por 3 enfermarias. A enfermaria 5 com 4 camas (denominadas por cama 20 a 23), a sexta enfermaria com 5 camas e a última com 4 camas.

A copa situa-se junto à entrada do serviço. À sua frente encontramos a antiga sala das/os enfermeiras/os que actualmente é local de trabalho da administrativa (durante a investigação mudaram a sala de enfermagem, que foi mais para o interior do serviço, começando a ser partilhada pelos médicos e pelas/os enfermeiras/os).

Junto à copa existe uma sala para os sujos (material contaminado ou uso doméstico). Virando para o lado direito, encontramos um quarto de banho,

em seguida um lavatório, a sala 1 e a sala de refeições e de lazer (com mesas e televisão, pouco utilizada pelos doentes). Entre a sala 1 e a 2 encontra-se a escadaria que dá acesso ao andar superior. A seguir à sala 2 temos a sala 3 e a 4.

Situando-nos novamente na entrada se virarmos à esquerda temos a sala de trabalho das/os enfermeiras/os com armários com medicação, material, lavatório e frigorífico. À frente da sala 5 e 6 encontramos a dispensa (com material esterilizado, roupa e compressas).

Um pouco mais ao lado temos um pequeno cubículo com material esterilizado de ferro, bacias e ao lado a sala das/os enfermeiras/os e médicos. Em seguida a sala 7 e três quartos de banho para uso das doentes. Depois temos escadas de acesso ao andar superior.

O andar superior é constituído pelos quartos de banho do pessoal, a sala de stock de material, os vestiários dos enfermeiros, das enfermeiras e das auxiliares, a cafetaria, o gabinete da Enfermeira Chefe, as salas dos médicos, as salas de computadores e o gabinete do Director.

Na sala dos médicos e enfermeiras/os existe um placard com os nomes dos utentes e outro com requisições necessárias, além de dois armários com os processos e os exames .

Os familiares têm acesso às informações clínicas a partir das 12 horas.

No serviço existem dois carros de medicação, um para cada ala. Segundo informação das/os enfermeiras/os existem várias insulinas⁴⁵, e os doentes usam a sua própria caneta⁴⁶. No fim da cada capa (cardex) existe um trabalho sobre a equivalência das diferentes insulinas⁴⁷.

Cada sala possui um carro de higiene com material para higiene e pensos.

Neste serviço, as doenças que predominam são de carácter hepático, renal e respiratório, e a faixa etária de doentes situa-se entre 70/ 80 anos. Também têm doentes com a Sida e cancro, situando estes numa faixa etária de 30/ 40 anos.

⁴⁵ Observamos a existência de 2.

⁴⁶ Nunca foi observado por nós.

⁴⁷ nunca foi observado a utilização da mesma.

O Serviço de Medicina é constituído por: enfermeiras/os graduadas/os, enfermeiras/os de nível I, enfermeira especialista e enfermeira chefe. Embora neste momento existe uma grande rotatividade de enfermeiras/os em que começa a existir um maior número de enfermeiras/os com poucos anos de experiência (entre 2 a 5 anos).

V.1 – Uma abordagem generalizada

Numa primeira fase, através de uma visão mais alargada, pretendemos conhecer melhor os instrumentos – folhas de registos, normas e protocolos - utilizados pelas/os enfermeiras/os na sua prática profissional.

Com base nas suas opiniões, expressas nas entrevistas, registamos as suas definições sobre a Formação em Serviço, o papel da Formação em Serviço na instituição hospitalar e a relação das/os enfermeiras/os com a Formação Contínua.

V.1.1. - A documentação utilizada

Inicialmente, tentamos analisar o material sobre as acções de formação que se realizaram anteriormente ao nosso estudo. Não nos foi possível proceder ao seu estudo por dificuldades do serviço que não nos facultou o seu acesso.

Em seguida, decidimos analisar outro material utilizado pelas/os enfermeiras/os. Assim, recolhemos as folhas que utilizam no registo dos seus cuidados, os protocolos e as normas instituídas.

As **folhas** estavam disponíveis na sala comum de trabalho, sendo o seu acesso facilitado. As folhas de registo são em grande número. Para melhor análise, elaboramos um quadro onde definimos as suas características e utilidade (ver Quadro nº4- Anexo 4).

A maioria destas folhas foram elaboradas pelas/os enfermeiras/os há alguns anos atrás, após um estudo baseado no Modelo Teórico de Nancy Roper, que é o modelo instituído por este hospital para a prestação de cuidados. O seu procedimento seguiu as seguintes fases:

- as folhas foram elaboradas e postas em discussão ao grupo;

- realizaram-se as alterações sugeridas;
- o grupo de trabalho apresentou as folhas reformuladas e o suporte teórico que as sustenta.

Estas folhas foram elaboradas porque as/os enfermeiras/os sentiram a necessidade de sistematizar a informação para melhor consulta. Neste sentido são instrumentos para recolher, analisar, tratar e guardar a informação colhida e/ou produzida.

A folha de admissão foi instituída pelo hospital após um trabalho de grupo. No entanto, um dos enfermeiros que connosco colaborou refere que não concorda com a sua estruturação por não ir ao encontro das necessidades do doente internado do seu serviço.

A folha do plano de cuidado surge para sistematizar os problemas do doente e os cuidados a prestar de modo a garantir a continuidade dos mesmos. Nela, as/os enfermeiras/os deveriam identificar o problema, a acção de enfermagem e a evolução ou solução do problema. Contudo, na prática, as/os enfermeiras/os procedem ao registo dos problemas do doente na folha de notas de enfermagem, não na folha de plano de cuidado, o que nos levou a questionar a eficácia da sua utilização.

Gostaríamos de referir que muita da informação elaborada pelas/os enfermeiras/os é repetida nas várias folhas, o que contradiz os objectivos da sua elaboração que eram explicitamente os de sistematizar informação e economizar tempo.

As capas de enfermagem estão estruturadas para cada sala de doentes e as folhas de registo seguem uma ordem. Ninguém conseguiu explicar os critérios que regem esta opção, o que nos levou a inferir que a sua disposição dependia do grau de utilização.

Nas primeiras páginas temos o nome das/os enfermeiras/os com as respectivas assinaturas, a norma geral de registos de enfermagem e uma síntese das Actividades de Vida Diária (AVD) de acordo com o Modelo Teórico de Nancy Roper. A norma geral dos registos de enfermagem consiste na enumeração de procedimentos das/os enfermeiras/os na escrita das suas observações e nos cuidados prestados. Consiste na identificação das doze

actividades e as usuais alterações (problemas) com o intuito de facilitar os registos de enfermagem e a elaboração do plano de cuidados.

Em seguida, temos uma folha identificativa do número de cama. No verso desta folha arquivam-se as requisições de pedidos de exame para os dias seguintes. Posteriormente temos a folha de admissão, folhas de exames, plano de intervenção, folha de feridas (se o doente tiver), notas de enfermagem e folhas de análise.

Na nossa análise verificamos que a folha de planos de cuidados não é actualizada de acordo com a evolução do estado do doente. A informação está repetida em várias folhas e não existem registos de qualquer reflexão posterior. As/os enfermeiras/os utilizam muito a folha de notas de enfermagem, porque é o registo diário dos cuidados, não valorizando as outras folhas.

Em relação aos **protocolos**, estes encontravam-se na sala de trabalho, numas capas amareladas o que denotava a falta de uso, e o seu acesso foi facilitado, porque os enfermeiros mais velhos no serviço sabiam da sua localização. Dois enfermeiros referem que os protocolos estavam desactualizados e que existiam uns já reformulados, mas que desapareceram. Estes tinham um índice, mas faltavam algumas folhas no seu conteúdo. O protocolo baseia-se em técnicas de enfermagem, nomeadamente nos cuidados de enfermagem antes, durante e após os exames. Além destes, encontramos a enumeração de diferentes materiais para diferentes exames.

Os protocolos traduzem de modo muito prático como é que o profissional deve actuar em determinadas situações, as mais vulgares, mas em caso de um serviço complexo os protocolos estão bem desenvolvidos.

As **normas** de actuação são criadas com objectivos gerais, que facilitem a definição das práticas pelas/os enfermeiras/os. Mas na maioria das vezes, as normas estão acompanhadas de critérios. Estes critérios de actuação são criados como objectivos específicos e operacionais. No entanto, estão demasiado vocacionados para cada uma dessas normas e deixam grande parte da realidade de fora.

Algumas das normas são do foro do laboratório ou médico. Umas, são pertinentes porque se referem a técnicas muito utilizadas sendo necessário definir os respectivos cuidados. Outras, parecem encontrar-se lá a título de curiosidade.

Da análise efectuada sobressai o uso indiscriminado destes termos-normas e protocolos.

Nota-se que o documento Boletim Informativo (nº65/99, 99/02/25)⁴⁸, assim como a legislação portuguesa sobre a Formação Permanente, Formação em Serviço, Ordem dos Enfermeiros, REPE foram analisados anteriormente e serão retomados sempre que necessário ao longo deste trabalho.

V.1.2 – A opinião expressa

Consideramos pertinente apresentar a opinião expressa pelas/os enfermeiras/os nas suas entrevistas relativamente à *Definição da Formação em Serviço*, ao *Papel da Formação em Serviço na Instituição Hospitalar* e, ainda, à *Relação das/os enfermeiras/os com a Formação Contínua*.

Esta abordagem sintética possibilita um melhor conhecimento das/os enfermeiras/os envolvidas/os, da sua percepção da Formação em Serviço e Contínua constituindo-se num suporte para a análise a realizar no ponto seguinte.

Sobre a Definição da Formação em Serviço

Após a análise dos registos e das entrevistas verificamos que, relativamente à definição de Formação em Serviço, existiram algumas dificuldades em “definir” este conceito. Da análise sobressai alguma tendência para explicitar os modos como se processa, como decorre na prática e, muito menos, “o que é” de facto. Contudo, encontramos alguns indicadores que se aproximam de uma definição do conceito.

Constatamos que uma enfermeira se refugiou na legislação em vigor salientando que, mesmo aí, não a considera bem definida. Em sua opinião, esta pode apresentar-se na prática sob várias formas: correctiva⁴⁹, formação/acção e formação contínua do serviço.

⁴⁸ Analisado na p.89

⁴⁹ Nota-se que mantendo a mesma lógica um ano após estas entrevistas, a denominação vulgar de formação correctiva foi substituída por formação dirigida, mantendo a mesma filosofia, embora com novas normas: as/os enfermeiras/os devem utilizar 105 de Formação em Serviço.

A *correctiva*, quando surge no âmbito da correcção de desempenho dos profissionais, nomeadamente de forma individualizada através da entrevista onde o profissional é chamado, ensinado e corrigido.

A *formação/acção*, quando faz alusão a inovações e/ou alterações de técnicas considerando que existe o envolvimento de todos (formador e enfermeiros/as) na resolução de problemas do Serviço. O conceito de formação/acção, expresso pela enfermeira, remete-nos para uma definição de Investigação/Acção utilizada por Dubost (1983). A definição deste autor que consideramos ser semelhante à da Enfermeira A, é aquela que está baseada num modelo positivista em que a investigação remete para problemas de conhecimento em que a *"sua utilização científica é mais corrente- trata-se de produzir um conhecimento que se pretende válido, que se integra no desenvolvimento duma disciplina administrada pela sua lógica interna, cuja existência é independente dos sujeitos que asseguram a sua produção ou que se apropriem dos resultados"* (idem:2). A investigação *"recorre então à observação-participante de acontecimentos "naturais" interrogando-os a partir de hipóteses teóricas estruturadas e estabelecendo as regras a que obedece o trabalho clínico"* (idem:3). A acção *"corresponde, ou a um conjunto de operações planeadas pelo investigador, ou ao desenvolvimento espontâneo de interacções entre os actores, acompanhadas ou seguidas pela observação-participante do investigador. Tanto num caso como noutro, a acção é o instrumento de investigação"* (idem:5). E a estratégia *"de acção muitas vezes participativa e comprometida quer com instâncias do poder quer por grupos dominados"* (idem:6)

A *formação contínua no serviço* é para esta enfermeira uma forma de Formação em Serviço, na medida em que acontece todos os dias, em todos os momentos numa passagem de turno, numa reunião, Em contraponto, refere também que esta *"pode ser planeada, programada, executada, avaliada e presencial, isto é, pode ser realizada na sala de aulas"* (A:1).

Outra enfermeira, relativamente à Formação em Serviço, refere tratar-se de um espaço onde se deveria falar acerca de algum tema de interesse para o serviço: ou esclarecer uma temática que tenha suscitado a curiosidade dos profissionais de saúde, ou um tema que tenha suscitado dúvidas e que seja necessário esclarecer.

Desta análise poderemos inferir que a definição da Formação em Serviço não é consensual. Nas opiniões expressas encontramos alguma ambiguidade na tentativa da definição do conceito, o que nos leva a pensar que a sua definição poderá não fazer parte das preocupações desta classe profissional, para a sua prática quotidiana.

Sobre o Papel da Formação em Serviço na Instituição Hospitalar

A Formação em Serviço, não incluída no âmbito do CFAP, está delegada à Enfermeira Responsável sob a supervisão da Enfermeira Directora. Por seu lado, a Formação Contínua está sob a responsabilidade do hospital. Assim, no terreno, emerge uma distinção clara entre a Formação em Serviço e a Formação Contínua. Esta ideia parece-nos ainda mais reforçada quando verificamos que, do ponto de vista legal, a legislação portuguesa em vigor refere explicitamente que o responsável pela Formação Contínua seja o CFAP, colocando a Formação em Serviço apenas como uma forma de colmatar a necessidade de formação no contexto de trabalho. Desta forma, passa a ser considerada, simplesmente, como uma parcela da Formação Permanente.

Na análise das entrevistas e registos que efectuamos não encontramos indicadores que incluam a Formação em Serviço no âmbito da Formação Contínua, ao nível da gestão hospitalar. Por exemplo, a Enfermeira A refere que *“...neste momento a Formação em Serviço não está totalmente inserida da Formação Contínua do hospital. Neste momento não há qualquer ligação”* (A:6). A Enfermeira B, no seu discurso, vem reforçar esta imagem ao explicitar os contactos efectuados com o CFAP.

A Enfermeira Directora refuta esta opinião. Para ela, a Formação em Serviço é uma vertente do CFAP e considera-se, a si própria, responsável pela mesma. Segundo ela a autonomia dos serviços emerge naturalmente. Cada serviço tem um/a formador/a que, em conjunto com o/a enfermeiro/a chefe, realiza o plano de actividades para ser enviado para o CFAP para posterior integração no plano anual de actividades hospitalar. Os certificados de participação/presença são assinados por ela e pelo presidente do CFAP. Não foi possível aprofundar esta contradição entre as posições da Enfermeira A e a Enfermeira Directora, devido à ausência hospitalar da última.

A designação da escolha da responsável pela Formação em Serviço ao nível hospitalar faz-se por convite com base na formação académica (nomeadamente o Diploma de Estudos Superiores Especializados) e na experiência profissional. Segundo a Enfermeira Directora, a responsável tem que ter conhecimentos de pedagogia, requisito que só era preenchido pela/o enfermeira/o especialista. No entanto, se existir um/a enfermeiro/a graduado/a com um perfil de conhecimentos e pessoal (não especifica o perfil pessoal) poderá exercer esta função, porque a nível legal não é impeditivo.

Se, a nível hospitalar a escolha da/o enfermeira/o responsável pela Formação em Serviço se processa desta forma, sem legislação que a suporte, a nível do próprio Serviço encontramos alguma legislação que regulamenta esta escolha. A escolha da Enfermeira responsável pela Formação em Serviço obedece ao que está estipulado pelo Decreto-lei nº437/91 de 8 de Novembro no art.º 64, sendo atribuída esta função à/ao enfermeira/o especialista de cada serviço sob a supervisão da/o enfermeira/o chefe. Este processo de selecção é realizado mediante a escolha da/o enfermeira/o chefe e do/a enfermeiro/a supervisor/a, tendo em conta a avaliação do projecto anual de formação elaborado pela/o candidata/o.

A Enfermeira B, Responsável pela Formação em Serviço deste serviço, não teve preparação prévia para o cargo. De acordo com as suas palavras ainda não tinha participado "*... em nenhuma das reuniões organizadas pelo centro de formação e o contacto que tive com a responsável foi um pouco informal.*" (B:7). Daqui resultou uma forte necessidade de fazer formação o que fez por iniciativa própria, pois considera necessário uma formação específica para este cargo. A escolha para o exercício desta função surgiu por ser a única enfermeira especialista no Serviço, pois uma das exigências legais ⁵⁰ para este cargo é a/o enfermeira/o possuir uma especialização em enfermagem.

A Enfermeira Directora refere que o hospital, por um lado, disponibiliza 1/6 do orçamento (percentagem não confirmada) para esta formação e, por outro, que os recursos humanos (enfermeira/o chefe e especialista) são suficientes. Em sua opinião, ao nível institucional estão criadas as condições necessárias para que as/os formadoras/es usufruam da sua margem de

⁵⁰ Este esquema de nomeação foi analisado na p.92

liberdade para realizarem as acções de formação que desejem. Refere ainda que o plano anual hospitalar é realizado pela compilação dos planos de todos os serviços, constituindo um plano de formação conjunto, com base nas necessidades mais referidas. Em seguida, em conjunto com o CFAP, accionam os mecanismos necessários para a realização destas acções.

Porém, a identificação das necessidades das/os enfermeiras/os ao nível da Formação Contínua é realizada pelo Núcleo de Formação dos Enfermeiros⁵¹. A enfermeira A refere que este núcleo identifica as necessidades de formação através de entrevistas que efectua às/aos enfermeiras/os chefes para, assim, conhecer melhor as suas motivações e as suas necessidades de formação. Posteriormente, realiza entrevistas ao/a enfermeiro/a director/a a quem compete elaborar e aprovar o plano de formação. Na sua opinião, só depois de decorrido este processo é que o plano é proposto à CFAP, para ser integrado no seu plano anual.

Assim, consideramos que o papel da Formação em Serviço na Instituição Hospitalar não é encarado da mesma forma por todas as/os enfermeiras/os. Se, para umas/uns, esta é independente sendo realizada ao nível local, para outras/os, está integrada no CFAP.

Em nossa opinião, fundamentada na observação e nos registos, consideramos que a Formação em Serviço funciona independentemente do CFAP, portanto de forma autónoma, cabendo ao Centro a recepção dos planos e dos relatórios da formação, bem como a Certificação das acções realizadas.

Sobre a relação das/os enfermeiras/os com a Formação Contínua

A Formação Contínua realiza-se concomitantemente com a prática profissional visando alargar, aprofundar e adquirir novos conhecimentos. Situa-se principalmente no quadrante teórico em que a transmissão de conhecimentos e experiências utiliza um modelo fundamentalmente formal e transmissivo. É obtida com a participação em jornadas, colóquios, congressos, fóruns, programas, etc., e pela realização de leituras técnico-científicas e revisões bibliográficas.

⁵¹Boletim Informativo do CFAP

Da análise que efectuamos ressalta uma opinião generalizada, por parte das/os enfermeiras/os de que a Formação Contínua é essencial. Relativamente à sua importância encontramos alguma diversidade que, pela pertinência para a investigação, passamos a reproduzir. A Enfermeira D, com poucos anos de serviço, valoriza os congressos pela informação disponibilizada e pela possibilidade que lhes está subjacente de aquisição de novos conhecimentos, ressaltando a dificuldade de poder participar. O Enfermeiro E que, ao contrário desta, se encontra no fim da carreira, valoriza os congressos apenas se se apresentar de grande interesse para o serviço, considerando-os uma “fuga” ao serviço e um gasto exorbitante de dinheiro.

Trata-se de perspectivas diferentes expressas por profissionais com percursos, aspirações e expectativas distintos. Um, encontra-se no início da sua experiência profissional, deseja construir uma carreira em que valoriza conhecimentos mais específicos, dado que a medicina cada vez é mais especializada. O outro, tem mais experiência, valoriza as questões práticas da sua profissão, o bom funcionamento e as necessidades do serviço, encarando o doente de forma holística.

Na análise dos registos encontramos indicadores que nos destacam a importância das leituras científicas para algumas/uns enfermeiras/os. Em sua opinião, estas são necessárias para o reavivar de conteúdos anteriormente adquiridos e para obtenção de novos e actualizados conhecimentos.

Relativamente a este assunto, os dois enfermeiros referidos anteriormente, possuem igualmente pontos de vista diferentes. A Enfermeira D, refere que necessita de ler livros científicos, para estudar, para ter novos conhecimentos, para prestar cuidados de enfermagem de qualidade. Por seu lado, o Enfermeiro E refere que lê revistas, documentos relacionados com a saúde, tendo uma perspectiva mais alargada de leituras. Estes enfermeiros têm uma postura de autodidaxia, com uma autonomia completa, em que existe *“uma nova relação com o saber”* (Tremblay cit. por Carré, 1992:15), caracterizada pela necessidade de *“assumir ele próprio, o conjunto das funções de ensino habitualmente devolvidos a um terceiro”* (Carré, 1992:15). O Enfermeiro E tem uma noção de plano de saúde mais generalista, porque o seu percurso profissional iniciou-se numa época em que a medicina não era tão especialista. A Enfermeira D tem uma perspectiva de saúde mais

especialista, em que os seus conhecimentos tendem a ser mais afunilados e técnicos. Esta enfermeira também valoriza a necessidade de leitura porque esta permite valorizar os cuidados prestados e é uma forma de valorizar a enfermagem como um curso superior. Este facto não é referido pelo enfermeiro com mais experiência.

Em nossa opinião, a relação dos/as enfermeiros/as com a Formação Contínua depende do percurso profissional já efectuado. Isto é, o percurso académico, a larga experiência, o “domínio” das técnicas dos cuidados a prestar aos seus doentes, a estabilidade, ..., permite um olhar mais “sossegado” sobre o investimento na carreira e uma maior selecção na Formação Contínua. Por outro lado, a instabilidade profissional de quem tem poucos anos de experiência, a mobilidade em diferentes serviços, a incerteza de um futuro próximo, as habilitações iniciais, conduz a uma maior preocupação com a construção de um currículo, com um investimento na sua carreira, com o aprofundar dos conhecimentos.

V.2- A prática efectiva da Formação em Serviço

A análise efectuada à prática efectiva realiza-se em torno de três eixos como esquematizamos de seguida.

O **primeiro** eixo de análise - **Organização da Formação em Serviço** - gira em torno de duas categorias que, por sua vez, se desmembram em várias subcategorias.

1 - A categoria **Diagnóstico de Necessidades** permite-nos identificar as necessidades de formação presentes no contexto de investigação. A análise desta categoria foi enriquecida com a selecção de algumas subcategorias que foram emergindo e sendo identificadas ao longo da análise dos registos, das observações e das entrevistas. Registamos de seguida as subcategorias que identificamos:

- Quem realiza o diagnóstico,
- Instrumentos utilizados para identificar as necessidades,
- Escolha de temáticas,
- Necessidades identificadas,

- Recursos humanos,
- Recursos materiais,
- Organização do trabalho médico,
- Organização de trabalho,
- Relações interpessoais.

2 - Na categoria **Plano de decisão** verificamos que são as responsáveis pela Formação em Serviço que decidem qual o tipo de formação e as respectivas características a privilegiar nesse ano lectivo. Nesta categoria foram identificadas as seguintes subcategorias para análise:

- Plano de Formação,
- Escolha de temáticas,
- Recursos humanos,
- Recursos temporais,
- Recursos financeiros,
- Recursos estruturais,
- Recursos materiais,
- Escolha de formadores,
- População Alvo,
- Orientação na elaboração da acção de formação.

No **segundo** eixo de análise - **Desenvolvimento da Formação em Serviço** - foram criadas três categorias.

1- A categoria **Actividades desenvolvidas** inclui as actividades que se desenvolvem ao longo do ano lectivo no contexto da Formação em Serviço. As subcategorias que possibilitam um olhar mais atento são:

- Trabalhos,
- Normas,
- Protocolos,
- Outras: Responsabilidade de turno, palestras, orientação de alunos, integração de enfermeiros/as.

2 - A categoria **Modelos de Formação em contexto da sala de formação** permite a identificação de modelos de formação em contexto de sala de aula. Nesta categoria foram identificadas as seguintes subcategorias, presentes nas entrevistas em menor ou maior grau:

- Expositiva,
- Tecnista,
- Teórica.

3 - A categoria **Momentos de Formação** permite identificar os momentos de cariz formativo em que predomina a:

- Heteroformação,
- Autoformação,
- Integração de enfermeiras/os,
- Passagem de turno,
- Visita médica,
- Reunião de serviço,
- Auto/heteroformação,
- Refeições.

O **terceiro** eixo de análise - **Efeitos da Formação em Serviço** - possibilita uma caracterização da Formação em Serviço realizada pelas/os enfermeiras/os através da avaliação, além da sua interferência na motivação das/os enfermeiras/os, na influência nas suas práticas e, ainda, a formulação da Formação em Serviço desejável.

Na categoria **Resposta às expectativas** identificamos as respostas das/os enfermeiras/os em relação à Formação em Serviço. As suas subcategorias são:

- Negativa
- Positiva.

A categoria **Avaliação Formação em Serviço previsto legalmente** é caracterizada pela sua limitação às imposições. Assim, as suas subcategorias são:

- Relatório final,
- Certificação.

A categoria **Motivação das/os enfermeiras/os** procura definir de que modo a Formação em Serviço motiva ou não para este tipo de formação. As subcategorias são:

- Disponibilidade das/os enfermeiras/os,
- Comparação entre Formação,
- Intervenção da chefia,
- Obrigação,
- Participação das/os enfermeiras/os,
- Interesse.

Na categoria **Efeitos das acções de formação** explicitamos a influencia que as acções de formação exercem nas/os enfermeiras/os. A subcategoria encontrada é:

- Heteroformação.

Na categoria **Alterações nas práticas** identificamos a influencia da Formação em Serviço nas práticas das/os enfermeiras/os. As subcategorias são:

- Regressão,
- Não valorização,
- Postura.

Na categoria **Formação em Serviço desejável** procuramos exprimir o que as/os enfermeiras/os desejam para a Formação em Serviço num futuro próximo. As subcategorias são:

- Heteroformação,
- Autoformação,
- Definição,
- Actuação,
- Motivação,
- Certificação da Formação em Serviço,
- Identificação das necessidades,
- Actividades,
- Método de Formação,
- Participação,
- Transmissão de Informação,

- Avaliação da Formação.

V.2.1- Organização da Formação em Serviço

De acordo com o explicitado anteriormente, a análise deste eixo - **Organização da Formação em Serviço**⁵² - processar-se-á em torno de várias categorias que nos possibilitam uma melhor compreensão da Formação em Serviço, em contexto hospitalar.

- **Diagnóstico das necessidades** - consideramos que este trata o primeiro momento da Formação em Serviço. Este diagnóstico obedece a determinadas sequências. No decorrer desta investigação constatou-se que o diagnóstico é realizado pela Enfermeira Chefe e pela Enfermeira Especialista (enfermeira responsável pela Formação em Serviço).

Para o efeito munem-se de uma variada panóplia de instrumentos, como por exemplo: o questionário, a avaliação dos cuidados, detecção das falhas, registos de enfermagem, a linguagem utilizada com o doente, o método de trabalho e a atitude das/os enfermeiras/os.

O questionário tem como objectivo a identificação das dificuldades formativas pessoais de cada enfermeira/o em relação ao serviço. Neste questionário está contemplado um espaço onde as/os enfermeiras/os podem/devem indicar as áreas que gostariam que fossem focadas ao nível de prestação de cuidados, funcionamento e organização.

Nas palavras de algumas/uns enfermeiras/os a avaliação de cuidados é realizada sem grelhas de observação. Registemos o que nos diz uma enfermeira: *"Uma forma de identificar as necessidades é pela avaliação dos cuidados. A avaliação é feita directamente. Não sei de nenhuma escala de observação. A observação também é feita pela enfermeira chefe."*(B:2).

Segundo a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Especialista, a observação dos cuidados prestados pelas/os enfermeiras/os permite identificar falhas. Contudo não as enumera. A Enfermeira Especialista refere ainda que algumas dificuldades apresentadas pelas/os enfermeiras/os são ao nível da capacidade de posicionar os doentes. No entanto, poderemos considerar uma das falhas a

⁵² As grelhas de análise que sustentam a análise deste eixo encontram-se em Anexo 5

própria linguagem utilizada pelas/os enfermeiras/os na sua relação com o doente. A atitude aquando da prestação de cuidados pelas/os enfermeiras/os, constitui outra dificuldade, pois estas/es têm que ter em conta a privacidade do doente.

Não podemos omitir a importância dos registos como forma de detectar as necessidades pois, muitas vezes, as responsáveis consultam as notas e os registos de enfermagem.

Para além dos factores referidos temos ainda a considerar que o método de trabalho instituído no serviço é o individual, apesar deste não ser cumprido na integra. Algumas actividades não são realizadas pelas/os enfermeiras/os responsáveis pelos doentes, mas sim por aquela/e que se encontra mais disponível. Podemos inferir que, pelo facto do método individual não ser cumprido, seja mais difícil a avaliação dos cuidados e consequentemente a identificação das necessidades. Este método deveria ser cumprido para existir uma continuidade de cuidados pois as/os próprias/os enfermeiras/os referem que cometem erros. Porém é de registar que o Enfermeiro E refere que o método individual é o melhor *“porque existe um único elemento responsável, daquela sala, daquele doente. E se o acompanhar durante alguns turnos seguidos, não há dúvida nenhuma que se vê um cuidado acima da norma”* (E:5). Contudo na organização do trabalho, este enfermeiro utiliza o método de trabalho por tarefas.

Segundo Correia (1997:30)

“O reconhecimento da existência de uma décalage entre o trabalho real e o trabalho prescrito constitui uma das manifestações mais relevantes da erosão do taylorismo e da sua influência na reflexão sobre o trabalho. (...) O reconhecimento da impossibilidade de superar o enigma do trabalho e da(s) lógica(s) que o estrutura(m), em torno da racionalidade que preside à sua organização, foi acompanhado pelo reconhecimento da necessidade de se pensar o trabalho já não como um conjunto de tarefas justapostas, mas como uma actividade tendencialmente globalizante”.

O Enfermeiro E ao referir a pertinência do método de trabalho individual, está a perspectivar uma organização de trabalho globalizante, contrariando o método de trabalho por tarefas justapostas de carácter taylorista.

Esta ideia é corroborada por Filomena Palmeiro:

“A parcelarização do trabalho por tarefas tende a desenvolver comportamentos de isolamento, dificultando a própria cooperação e partilha de experiências, diminuindo em simultâneo a responsabilização do enfermeiro pelos cuidados que presta. A tentativa de “trabalho em equipa” frustra-se, à partida, por problemas logísticos, é um facto, mas também por problemas de dependência e de comunicação interprofissional” (cit. por Canário, 1997:139)

Também a responsável pelo CFAP especifica uma técnica que considera válida - “o brainstorming”⁵³-, e que não é utilizada no serviço em estudo. Esta técnica deve ser realizada primeiro por pequenos grupos que elegem um porta-voz e este reúne com outros até identificarem as necessidades.

De acordo com os indicadores retirados das entrevistas verificamos que o processo de escolha das temáticas decorre, muitas vezes, quer da observação das necessidades do serviço, quer das necessidades pessoais.

Ao longo da observação que efectuamos identificamos necessidades. Registamos uma grande desorganização na integração das/os enfermeiras/os uma vez que, por um lado, há uma grande rotatividade de pessoal e, por outro, os que chegam de novo explicitam uma falta de informação e de acompanhamento. No serviço existem normas implícitas e explícitas. As implícitas são aquelas em que as/os enfermeiras/os vão assimilando ao longo do seu trabalho, que não são escritas, como por exemplo as rotinas, as relações interpessoais e de poder. As normas explícitas são aquelas que se encontram escritas, de forma a serem consultadas. São estas últimas, que a Enfermeira D e Enfermeira C referem ser necessário proceder à sua actualização.

⁵³ A técnica de brainstorming permite que todas as pessoas participem através da expressão das suas necessidades e opiniões sem coadunar-se aos outros, sendo um momento de criatividade.

No respeitante à folha que retrata as 12 AVD (actividades de vida diária) existe uma visão diferenciada. O Enfermeiro E refere que é importante para a integração, embora para ele seja insignificante. A Enfermeira D, que se encontra em integração, refere que a folha está desactualizada, que deveria ser mais baseada no serviço e diz ainda que o modelo teórico adoptado (Nancy Roper) está desarticulado com a realidade de trabalho. As/os enfermeiras/os que exercem funções no Serviço não têm a mesma perspectiva de utilização das normas do que as/os enfermeiras/os que estão em fase de integração, o que pode contribuir para as necessidades de formação.

Outra subcategoria por nós analisada foi a dos recursos materiais. Podemos dizer que quando são escassos, obrigam a uma dinâmica de trabalho diferente de acordo com o doente, o que muitas vezes não se coaduna com as rotinas.

Relativamente aos recursos humanos, o número de enfermeiras/os mantém-se independentemente das necessidades do serviço. Foi referido que se o número de doentes acamados for pequeno elas/es têm a possibilidade de prestar melhores cuidados. No entanto, referem que nestas condições de trabalho é difícil tentar alterar as técnicas. Os recursos humanos ao nível de enfermagem são escassos, mas ao nível de auxiliares de acção médica a situação piora, o que implica uma sobrecarga nas funções de enfermagem. Neste sentido, podemos inferir que independentemente da temática e da qualidade das acções de formação, estas podem não se traduzir numa efectiva melhoria dos cuidados de enfermagem, pela escassez do número de enfermeiras/os e de auxiliares de acção médica.

A organização do trabalho médico interfere na prestação de cuidados das/os enfermeiras/os, pois não existe uma articulação de trabalho entre as classes profissionais, existindo uma sobrecarga de trabalho num determinado período. Isto é, não existe um trabalho prévio de articulação dos horários das visitas médicas com o trabalho de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem são condicionados pela organização do próprio trabalho. Na opinião de algumas/uns enfermeiras/os o trabalho deveria ser mais organizado, as enfermeiras deveriam “... *levar o material para junto do doente, todo o material de que necessitam para a prestação de cuidados, levá-*

lo de uma forma organizada” (B:9). Para isso era necessário “... começar por uma estrutura física, organizar fisicamente o serviço” (D:1).

Uma das necessidades sentidas por estas/es enfermeiras/es é a formação em Relações Interpessoais, que nenhum/a enfermeiro/a referiu. Uma necessidade identificada pela Enfermeira Especialista e pela Enfermeira Chefe é a que se prende com as relações interpessoais, “o contacto, a forma como nós recebemos os familiares como comunicamos com eles, como pedimos a participação deles na prestação de cuidados ou não pedimos, normalmente optamos por não pedir...”(B:9). Poderemos inferir que a identificação desta necessidade pode advir da detecção das falhas - linguagem utilizada e atitude das/os enfermeiras/os para o doente.

Em jeito de síntese podemos dizer que a identificação das necessidades é realizada de várias formas, sendo uma delas o questionário. Este instrumento é o único utilizado pelas/os enfermeiras/os, em que manifestam as necessidades formativas. A sua expressão parte das suas reflexões pessoais e da avaliação do trabalho dos colegas. Este é o único meio em que os “actores expressam os elementos de análise e de julgamento da situação actual assim como as aspirações” (Bourgeois, 1991:51). O outro método (avaliação dos cuidados sem sistematização) é utilizado somente pela Enfermeira Especialista e pela Enfermeira Chefe. A avaliação dos cuidados e os factores que a condicionam, a organização do trabalho médico e auxiliar são factores que ajudam a identificação das necessidades.

No caso particular deste serviço não é sentida a necessidade de uma balizagem institucional, porque o percurso para a formação já está explícito na legislação. O campo de acção depende da capacidade de iniciativa e da disponibilidade dos responsáveis (Enfermeira Chefe e Enfermeira Especialista) para alargar o “corredor da liberdade”. Este corredor está condicionado pela legislação, mas permite um espaço de criatividade. Por isso é importante a capacidade de iniciativa das responsáveis pela formação. Os actores a implicar na análise das necessidades são as/os enfermeiras/os do serviço, quebrando a lógica da aplicação fechada da legislação.

A fase convergente é realizada pela Enfermeira Especialista e Enfermeira Chefe quando tentam ordenar a informação. Identificam a situação actual- a deficiência nas relações interpessoais, normas desactualizadas,

número insuficiente de enfermeiras/os e auxiliares, desorganização de trabalho médico e enfermagem. Constatam os problemas, as suas causas e os efeitos.

A “situação esperada” que segundo Bourgeois⁵⁴ permite a classificação dos diferentes níveis de aspiração, aparecem como a reformulação das normas, reunindo a urgência e a facilidade de realização embora outros problemas apareçam como mais urgentes mas também mais difíceis de serem resolvidos porque implicam com factores burocráticos relacionados com a instituição num todo e da cultura hospitalar.

- **Plano de decisão**- este processa-se através de uma análise a várias subcategorias: plano, escolha de temáticas, recursos (humanos, temporais, financeiros, estruturais, materiais), escolha de formadores, população alvo, orientação na elaboração da acção de formação.

No plano de formação existem várias fases de processamento. A primeira a surgir é a “análise das necessidades”. Esta é realizada pela Enfermeira Chefe e pela Enfermeira Especialista através dos elementos colhidos pelo questionário e observação.

As linhas defendidas por Nóvoa no que respeita à “engenharia da formação” e à “eficácia” e à “qualidade” estão a começar a chegar aos hospitais e à formação veiculada neste tipo de instituição pois, cada vez mais, se torna hegemónico o discurso sobre o hospital eficaz. A. Nóvoa dirige-se essencialmente às empresas de modo a transformar a formação numa “*ciência da certeza*” que pode interpretar-se como “*uma espécie de mimetismo em relação aos modelos de análise dominantes no mundo económico e empresarial*” (cit por Canário, 1999:40). A tentativa de planeamento da formação a partir de necessidades previamente identificadas, com o objectivo de verificação de efeitos observáveis acompanhadas de rigorosos mecanismos de avaliação apresenta dificuldades.

Os efeitos mais importantes são os não previstos. No caso particular deste estudo verificamos que a interacção entre as/os enfermeiras no seu dia a dia tem um efeito mais evidente do que os resultados de uma acção de formação planeada. O/s efeito/s resultantes desta acção não são facilmente

⁵⁴ Analisado na p.95

previstos, medidos e verificados. Outra dificuldade surge na identificação e na integração, no plano de formação, das lacunas individuais expressas nos pedidos. Isto é notório neste estudo, quando a Enfermeira Chefe e Enfermeira Especialista escolhem o tipo de temáticas, que elas “acham” estar de acordo com as necessidades do serviço e das/os enfermeiras/os. A identificação das necessidades por questionário dá uma *“perspectiva atomística que “vê” os indivíduos, mas que, por outro lado, ignora os actores e a sua inserção social em situações concretas de trabalho e de vida social”* (Canário, 1997: 125).

Como dizem Barbier e Lesne :

“Analisar as necessidades num domínio equivale a retraduzir neste domínio, em função dos seus constrangimentos específicos, objectivos com um valor mais geral, produzidos noutro domínio. Potencialmente, podem existir tantas análises de necessidades diferentes como existem actores sociais diferentes, prosseguindo objectivos gerais diferentes. A condução de uma análise de necessidades, bem como os seus resultados, dependem totalmente dos actores que nela estão implicados e das relações que eles estabelecem entre si no decurso da análise” (cit. por Canário, 1999: 115).

O plano de formação é elaborado anualmente e entregue no mês de Janeiro à/ao Enfermeira/o responsável pela Formação em Serviço ao nível hospitalar e ao Enfermeiro/a Supervisor/a. Na especificidade do contexto da presente investigação a entrega do plano de formação está atrasada, pois a Enfermeira Especialista está numa fase de integração no serviço. O seu conteúdo *“está essencialmente baseado em acções de formação que os colegas preparam sobre determinado tema” (B:1)*, sendo o número de acções de formação de *“acordo com as necessidades e com as capacidades do serviço.” (B:4)*. De igual modo apurámos que se realiza *“ uma formação por mês ” (D:1)*. O plano de formação não contempla as outras formas de execução da Formação em Serviço, como as normas, protocolos e integração de enfermeiras/os.

A escolha de temáticas das acções de formação depende da decisão tomada pela a Enfermeira responsável e a Enfermeira Chefe, e, tal como referimos, é baseada nas propostas das/os enfermeiras/os. Este processo de

auscultação é realizado através de uma análise ao questionário e selecção de temáticas sendo, posteriormente, definidas as *"prioridades em termos de Formação em Serviço"* (C:2).

A Enfermeira Chefe é a personalidade que dá o parecer final e decisivo relativamente à escolha das temáticas. Na relação de poder que aqui se estabelece, tornou-se para nós evidente o exercício de um poder efectivo, explícito e claro da Enfermeira Chefe em relação à Enfermeira Especialista, que é responsável pela Formação em Serviço.

Pela análise efectuada aos documentos e registos verificamos que a escolha das temáticas recai, prioritariamente, em questões técnicas não tendo grande visibilidade outras áreas.

Verificamos também que a temática relações interpessoais é considerada uma necessidade pois é escassa a formação nesta área por parte das/os enfermeiras/os. No entanto, todos consideram que deve *"ser uma área abordada e explorada por um técnico especializado mesmo na área de relações interpessoais"*(C:16). É de referir que actualmente esta área está incluída no currículo de uma disciplina no Complemento de Formação em Enfermagem.

Ao nível hospitalar esta temática é abordada pela Formação Contínua, mas a população alvo é a chefia de enfermagem. A Enfermeira Chefe refere a necessidade de abertura da abordagem desta temática a todos os profissionais do hospital pelas potencialidades que acarreta na *"forma como abordamos os doentes quando entrarmos numa enfermaria, quando o doente tem dor,..., saber como gerir estas situações e conflitos que existem,.."* (C:17).

A planificação da Formação está condicionada pelos recursos humanos, que neste caso específico são as/os enfermeiras/os do serviço pois é considerado que *"os formadores do hospital, de dentro do hospital são mais que suficientes"*(E:4). A solicitação de colaboração a elementos exteriores ao serviço também é uma prática vigente, mas restringe-se aos profissionais que exercem funções no hospital. O convite de elementos exteriores ao hospital, é dificultado na generalidade à excepção duma Escola Superior de Enfermagem, com a qual a instituição efectuou um protocolo. Para a sua realização procede-se aos mecanismos oficiais, *"tem que ser oficial, tem que ser tudo oficializado"* (C:7).

O hospital não disponibiliza horas às/aos enfermeiras/os para a preparação e execução das acções de formação. Actualmente, o hospital disponibiliza 105 horas/anuais para cada enfermeira/o, que serão utilizados na Formação em Serviço ou na Formação Contínua ao nível hospitalar⁵⁵. Esta legislação segue a linha das orientações actuais teóricas sobre a Formação em Serviço, que exigem que seja realizada no local de trabalho e com os seus respectivos problemas. No entanto, atendendo às condições em que esta possa ser realizada (de acordo com a filosofia do hospital, sem contacto com outras realidades), poderemos realçar o risco desta ser uma potente transformadora da cultura da enfermagem naquele hospital.

A Formação em Serviço surge por necessidade das/os enfermeiras/os, como tal não acarreta custos ao hospital pois *"nunca ninguém pagou nada a ninguém, nem se paga nada a ninguém com a Formação em Serviço. Isso é uma necessidade dos enfermeiros, não acarreta custos para o hospital"*(A:6). Contudo, a Enfermeira Directora refere a existência de remuneração para formadores exteriores ao hospital.

A planificação da formação está dependente dos recursos estruturais, nomeadamente da sala para a realização das acções de formação, pois *"a sala é para formação em comum, dividida pelos enfermeiros e a 5ªfeira é o único dia que a sala nos está destinada, também temos essa limitação de espaço"*(B:5).

Os recursos materiais condicionam a planificação da formação, uma vez que o material necessário é financiado pelas/os próprias/os enfermeiras/os, *"os tempos para fazer, para se pesquisar é tempo extra do horário de serviço, o tempo que se gasta a bater um texto no computador é em nossa casa, o material é todo nosso, isto é tudo à custa de cada um de nós e não a instituição que fornece meios"*(C:6).

A escolha de formadores depende do interesse manifestado pelas/os enfermeiras/os em relação à temática e pela experiência profissional. De acordo com o explicitado em diferentes entrevistas verificamos que cada equipa é constituída por dois elementos, em que um deles tem mais experiência no serviço e o outro, de preferência, com pouca experiência

⁵⁵ Decreto-lei nº174/2001 de 31 de Maio

profissional. Esta escolha surge com o objectivo de integrar o elemento com menor experiência profissional nas diversas questões do serviço, das suas diferentes patologias e, também, é a forma encontrada para colmatar as necessidades que as enfermeiras mais novas referem. Para um Enfermeiro a técnica está aliada a um/a enfermeiro/a com pouca experiência profissional e, por seu lado, a experiência profissional com o maior número de anos de profissão. Esta imagem poderá condicionar todo o trabalho sobre a formação, uma vez que ainda persiste a representação de que a experiência é um entrave para o desenvolvimento da técnica. Contudo, pudemos constatar que esta perspectiva é contrariada pela a Enfermeira Chefe.

A população alvo fazem parte, especialmente, as/os enfermeiras/os com pouca experiência e que não se interessam pela técnica. Segundo a Enfermeira Chefe é uma população muito jovem e que não está muito interessada em aprender as técnicas. Porém, pudemos constatar que as acções de formação são frequentadas por todas/os as/os enfermeiras/os do serviço.

Aquando da elaboração das acções de formação verificamos que estas são orientadas pela Enfermeira Chefe e pela Enfermeira Especialista.

Resumidamente podemos dizer que o plano de decisão é realizado em diferentes fases. Inicialmente a Enfermeira Especialista e a Enfermeira Chefe realizam uma análise das necessidades. Aqui emerge um discurso marcadamente tecnocrático, embora refiram que a vertente humana (relações interpessoais) é importante, mas não se sentem com capacidade para abordá-la. Pela observação realizada, consideramos que a escolha de temáticas muitas vezes não obedece às necessidades sentidas pelas/os enfermeiras/os, mas, sim, àquilo que a Enfermeira Chefe acha que “falta nos cuidados de enfermagem”. Neste sentido, podemos correr o risco guardar os saberes transmitidos apenas como uma informação e não como uma apropriação, dado que a maioria das temáticas não foram necessidades sentidas pelas/os enfermeiras/os.

Esta perspectiva de racionalidade técnica tem como base a organização de um conjunto de acções pontuais de formação sem uma visão estratégica e o seu objectivo é atingir a capacidade individual. Esta concepção de formação é baseada em momentos de ensino e aprendizagem de técnicas, mais do que

como um processo de desenvolvimento dos recursos humanos (Honoré cit. por Canário,1997), abdicando a utilização de recursos à personalidade e à experiência dos respectivos profissionais. Recursos ainda mais importantes no contexto de “profissões de relação” como a Enfermagem.

Neste caso concreto não existe uma negociação entre os diferentes actores em relação aos objectivos indutores da formação. O que existe é uma negociação na escolha de formadores, com algumas condicionantes- duas/dois enfermeiras/os com níveis de experiência profissional diferentes. A implicação das/os enfermeiras/os poderá passar por aquelas que preparam as acções de formação, se o seu interesse se coadunar com a temática.

No funcionamento do hospital há várias condicionantes para a Formação em Serviço. Ao nível institucional referimos o limite das relações hierárquicas que emerge de forma mais acentuada na decisão final da Enfermeira Chefe. Relativamente ao plano de formação verificamos que só é exigido para as acções calendarizadas, o que demonstra que a filosofia de Formação em Serviço está baseado na ministração de acções de formação.

Em relação aos limites humanos, tal como referimos, os formadores e participantes são enfermeiras/os do hospital. Para ser possível, o acesso a um elemento exterior torna-se necessário recorrer a mecanismos burocráticos, que demoram o seu tempo.

Os limites estruturais são outro factor a ter em linha de conta pois, para a Formação em Serviço, as/os enfermeiras/os dispõem apenas de uma sala às quintas feira, que é partilhada com a equipa médica. Isto é, para as/os enfermeiras/os poderem utilizar a sala têm de dialogar e marcar com a referida equipa médica que também utiliza. Como a utilização é à 5ª Feira, as acções só poderão ser realizadas nesse dia provando que não ocorrem de acordo com a disponibilidade da enfermagem, mas sim de outro grupo profissional. Esta questão faz emergir uma vez mais a forte relação hierárquica e a monopolização do espaço.

Ao nível dos recursos materiais, lembramos que o hospital não fornece qualquer verba material, passando essa responsabilidade e/ou obrigação para as/os enfermeiras/os que realizam gratuitamente estes momentos de formação.

V.2.2- Desenvolvimento da Formação em Serviço

Tal como explicitado no ponto V procederemos, neste ponto do trabalho, a uma leitura do segundo eixo de análise- **Desenvolvimento da Formação**⁵⁶- de acordo com as categorias definidas.

- **Actividades desenvolvidas**- esta categoria foi criada para identificar o que tipo de actividades que as/os enfermeiras/os realizavam no contexto da Formação em Serviço. Da pesquisa efectuada resultaram as seguintes subcategorias: elaboração de trabalhos, normas, protocolos e outras onde inserimos a responsável de turno, as palestras, a orientação de alunos e a integração de enfermeiras/os.

As/os enfermeiras/os referem que a elaboração de trabalhos não tem sido uma tarefa privilegiada no serviço, embora refiram ser necessário pelo aprofundamento e sistematização de saberes. Na opinião que manifestaram, a sua realização “*era essencial para que o serviço começasse a ter mais conteúdo, para começar a organizar as coisas*” (D:1). Segundo a Enfermeira Chefe, este ano vão ser realizados normas e protocolos, com intuito de serem utilizados por todas/os as/os enfermeiras/os. Pelo que conseguimos apurar as/os enfermeiras/os apresentam alguns trabalhos de grupo no decorrer das acções de formação. Estes trabalhos possuem uma componente teórica e, depois de apresentados, ficam guardados em pastas para futura consulta. Contudo, estes documentos não estão incluído na análise pois, durante o tempo que permanecemos no serviço, não nos facultaram as referidas pastas.

Outra das actividades que identificamos foi a elaboração de normas pois, na análise das entrevistas, foi explicitado que “*há acções de formação em relação às quais podem fazer normas...*”(C:5). A necessidade de elaboração das normas em uso na instituição (ou Serviço) resultou de uma exigência hospitalar. Um grupo de enfermeiras/os procedeu à sua elaboração após uma pesquisa bibliográfica teórica, à qual se seguiu uma reunião de serviço, terminando com uma acção de formação, onde foi dado a conhecer o produto do trabalho. Segundo o registo de um enfermeiro, as suas colegas “*tiveram que*

⁵⁶ As grelhas de análise que sustentam a análise deste eixo encontram-se em Anexo 6

ler. Isto levou muito tempo, muito material, muita pesquisa, muita literatura”(E:8).

Os protocolos são elaborados depois e de acordo com as decisões tomadas nas acções de formação. Estas decisões são transcritas e depois são colocadas num dossier no serviço, com a intenção de servirem para consulta e como guia de acolhimento. Os protocolos utilizados neste serviço, estão desactualizados e as/os enfermeiras/os sentem a necessidade da sua reformulação. Relembremos⁵⁷ que estes protocolos são os que se encontram arquivados em capas amarelecidas e com pó, cuja utilidade foi por nós inferida como nula. Gostaríamos de focar que as/os enfermeiras/os ao exprimirem-se quotidianamente e nas entrevistas, não distinguem os protocolos das normas, fazendo uma associação entre os protocolos e as decisões tomadas.

Dentro desta categoria gostaríamos ainda de realçar que, em todas as entrevistas, encontramos apenas uma enfermeira a especificar outras actividades, desenvolvidas ao nível da formação, tais como a: responsabilidade de turno, palestrar, orientação de alunos e integração de enfermeiras/os. No entanto é de referir que estas actividades não são mencionadas nos planos de formação, pois o seu conteúdo limita-se à calendarização das acções de formação.

Os **Modelos de Formação em contexto da sala de formação** foi outra categoria encontrada e que nos permitiu constatar, pela análise das entrevistas, que as acções de formação são predominantemente expositivas, tecnicistas e teóricas.

As/os enfermeiras/os também referem que além de expositivas são monótonas e que *“poderiam ter mais originalidade. A nível de apresentação, acho que as pessoas se baseiam muito na escrita e estão ali a ler. Se calhar podiam fazer uma coisa que chamasse mais a atenção”*(D:3). No entanto, a Enfermeira Chefe refere que, na generalidade, a formação de cariz expositivo poderá ser importante se for acompanhada da componente reflexiva e de simulações.

De igual modo, as/os enfermeiras/os referem que é importante uma formação teórica, evidenciando que *“há um conjunto de conhecimentos,*

⁵⁷ ver p.106

normas e técnicas que as pessoas têm que conhecer”(C:2). Para estes profissionais, as acções de formação têm como objectivo aliar a teoria à prática “porque na verdade há pessoas que têm muita teoria, é indiscutível, mas não adaptam à teoria a experiência e isso falha”(E:2).

Durante a nossa presença no campo foi-nos facultado a observação de duas acções de formação: Técnica da Intubação Nasogástrica e Posicionamentos num doente com AVC (Acidente Vascular Cerebral).

**Técnica da Intubação Nasogástrica*

A escolha desta temática surgiu através da identificação da sintomatologia apresentada pelo doente sondado. Assim, a Enfermeira Chefe decidiu que deveria debater a técnica de intubação com as/os enfermeiras/os e estipular novas normas. Neste sentido, os palestrantes internos ao serviço e escolhidos pela Enfermeira Chefe, preparam a acção de formação num curto espaço de tempo (como exemplo os acetatos foram elaborados pouco tempo antes da acção) com a supervisão da Enfermeira Chefe. Durante a acção, os palestrantes estavam ansiosos e olhavam constantemente para a Enfermeira Chefe.

A disposição das/os enfermeiras/os na sala era a seguinte: na primeira fila a Enfermeira Chefe, na segunda a Enfermeira Especialista com algumas/uns enfermeiras/os e as mais novas atrás. Na nossa opinião, era evidente uma hierarquia no espaço e/ou necessidade das/os enfermeiras/os se tornarem “invisíveis” à Enfermeira Chefe (a Enfermeira Chefe falava e as/os enfermeiras/os faziam sinais entre si). A sala está preparada para conferências com uma estrutura tradicional (placard na parede, retroprojector e as cadeiras em fila).

Durante a acção de formação, os formadores foram referenciando que as técnicas utilizadas pelas/os enfermeiras/os estavam a ser aplicadas incorrectamente, o que ia sendo confirmado pela Enfermeira Chefe. As/os enfermeiras/os presentes e com pouca experiência profissional, não estavam atentas/os nem participativas/os e os formadores, ajudados pela Enfermeira Chefe, tentavam chamar a sua atenção. A sua participação iniciou-se no momento em que a Enfermeira Chefe colocou algumas questões, tornando a

sessão mais calorosa. A Enfermeira Chefe, durante a sua intervenção, avaliou os cuidados prestados pelas/os enfermeiras/os e ao mesmo tempo estipulou novas normas de actuação. Um enfermeiro alegou a falta de tempo para executarem os cuidados de acordo com as novas normas, justificando a sua opinião com o facto de existir um elevado número de doentes o que acarreta muitas actividades e muitos cuidados de enfermagem. Depois desta alegação seguiu-se um momento onde se discutiram as funções das auxiliares de acção médica.

Na nossa perspectiva, foi evidente nesta acção de formação um forte cariz de expositivo onde foram hegemónicos os aspectos técnicos, não se registando qualquer achega às relações interpessoais. A falta de motivação inicial das/os enfermeiras/os presentes, seguida de alguma participação espoletada pela Enfermeira Chefe a partir do momento em que avaliou os cuidados das/os enfermeiras/os e impôs novas técnicas, associada à hesitação e insegurança das palestrantes, leva-nos a depreender que, de facto, neste serviço, as relações hierárquicas e de poder são explícitas e influenciam a prática efectiva da Formação em Serviço.

**Posicionamentos num doente com AVC*

A acção de formação abordava os posicionamentos executados pelas/os enfermeiras/os a um doente com AVC. Os participantes eram 8 pessoas e os formadores eram a Enfermeira Especialista e um Enfermeiro. De referir que a Enfermeira Chefe estava ausente.

O Enfermeiro iniciou a sessão com a apresentação do trabalho, referindo a intenção de fazer mais duas acções de formação. Em seguida, prosseguiu com uma breve resenha sobre a patologia, as causas e os sintomas que durou cerca de 10 min. Depois, a Enfermeira Especialista apresentou os diferentes posicionamentos através de imagens e especificou o tipo de material a utilizar. As/os enfermeiras/os presentes estavam atentas/os.

Quando a Enfermeira Especialista iniciou a avaliação sobre os cuidados prestados e formulou novas técnicas, as/os enfermeiras/os foram dando a sua opinião, sem entrarem em consenso. Perante tal facto, a Enfermeira Especialista tentou controlar a situação, justificando que o material existente no

serviço não era o ideal mas que poderia ser utilizado de forma a rentabilizar melhor o trabalho. Esta “discussão” entre a problemática entre o ideal possível e a prática efectiva manteve-se durante algum tempo, em que se esgrimiram opiniões teóricas e práticas.

Em seguida, procedeu-se a uma demonstração prática dos posicionamentos, permitindo às/aos enfermeiras/os uma reflexão sobre os cuidados prestados:

- explicitaram os movimentos;
- debateram qual o material a utilizar explorando e analisando alguns dos erros que cometiam, reflectiram sobre eles, indicaram a correcção mais adequada para melhorar os cuidados prestados;
- consideraram necessário mudar de atitude e começar a pedir colaboração ao doente.

Todas as alterações do plano inicial da acção de formação foram analisadas com os formandos. Ao longo da acção, os palestrantes demonstraram um espírito de participação, de colaboração e de interesse dispondo-se a discutir e a tirar dúvidas. Neste clima de à vontade e motivação uma das/os enfermeiras/os foi voluntária para o posicionamento.

A acção de formação foi muito dinâmica e participativa salientando-se que as/os enfermeiras/os intervieram durante toda a acção. Poderemos inferir que a participação activa bem expressa neste caso pode advir da forma como a acção foi elaborada e executada e/ou, ainda, pela ausência da Enfermeira Chefe- factor que nos parece decisivo no clima que se vive numa acção de formação.

Por fim, a Enfermeira Especialista pediu uma avaliação sobre a acção de formação. Perguntou se a acção foi de acordo com aquilo que as/os enfermeiras/os desejavam ou se achavam que devia ser mais direccionada para a teoria. A resposta foi negativa, justificando que a teoria aprendem na escola e que ficaria mais pormenorizada no trabalho escrito.

Na nossa opinião, sobressaiu daqui a imagem da teoria associada à escola e a sobrevalorização da prática. Esta imagem, advém da representação que as/os enfermeiras/os trazem decorrentes das suas vivências de escolarização, onde predominam as aulas expositivas e teóricas. De facto,

nesta acção de formação existiu uma troca de saberes, com uma forte implicação tanto dos formadores como dos formandos, permitindo uma apropriação do conhecimento. Houve momentos de comunicação, de criatividade (descoberta de novas formas de posicionamentos), de discussão sobre os cuidados (as técnicas de posicionamento), o que acarretou uma maior valorização dos conteúdos, um esbater do poder associado ao formador e um clima emocional propício ao bom relacionamento entre colegas.

De igual modo, durante a acção de formação surgiram momentos de reflexão potenciadores de mudanças e transformações nas práticas e nas atitudes de algumas/uns enfermeiras/os, pois foram questionados os conhecimentos e as certezas anteriores. Esta transformação só poderá ser avaliada através da mudança na prestação de cuidados.

Quando a Enfermeira Especialista pediu uma avaliação da formação, considerarmos estar perante um momento, ou um exercício de valorização da própria acção de formação.

De acordo com as reflexões produzidas, julgamos poder dizer que a perspectiva de Modelo de Formação existente neste serviço denota uma tendência positivista encarando a relação entre a acção e a teoria como uma mera relação de aplicação. A *"formação traduz-se numa sobrevalorização da anterioridade da própria formação, relativamente à acção e à mudança, pela sequencialidade conhecimento científico-conhecimento tecnológico- treino que corresponde a uma matriz fundamental da "forma escolar" (Canário,1998:20).* Podemos dizer que o resultado são modos de formação fortemente escolarizados, centrados numa dimensão técnica que deixaram transparecer um grupo profissional desejoso de outros modos de fazer formação.

A categoria **Momentos de Formação** - é definida por vários momentos: heteroformação, autoformação, integração de enfermeiras/os, passagem de turno, visita médica, reunião de serviço, auto/heteroformação e refeições. Consideramos que numa trajectória de formação é sempre possível encontrar tempos e espaços particularmente "densos", do ponto de vista formativo. Em geral,

"esses tempos e espaços produzem transformações das representações que temos da realidade, induzem a produção de projectos pessoais e/ou grupais e são responsáveis pela produção de saberes-

saberes, saberes-fazer, saberes-ser e saberes transformar-se- que, mais tarde, se revelarão serem úteis no exercício do trabalho" (Correia,1996:104).

Estes "espaços e tempos de grande densidade formativa" nem sempre coincidem com aqueles que são formalmente pensados para produzirem formação, como por exemplo as acções de formação.

Os momentos de heteroformação são aqueles em que as/os enfermeiras/os em conjunto analisam as suas práticas, os seus conhecimentos com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Estes momentos passam por um processo de escuta e de troca e assentam em saberes-experiência diversos. De registar que estes momentos de heteroformação não se restringem à comunicação entre as/os enfermeiras/os, ultrapassam a troca de saberes entre pares, pois este grupo profissional procura articular e aprofundar os seus conhecimentos e a sua prática nos saberes que advém de outros profissionais.

As observações realizadas tinham como objectivo identificar as relações estabelecidas entre as práticas das/os enfermeiras/os e os momentos de formação. Os momentos de formação são aqueles praticados nas suas actividades, na passagem de turno, no descanso, nas reuniões de serviço, pois o contexto de trabalho é um local por excelência de formação, de circulação de saberes multireferenciais, em que predominam momentos de auto/hetero/eco formação⁵⁸.

Na subcategoria de heteroformação, os papéis da Enfermeira Especialista e da Enfermeira Chefe na prática quotidiana processam-se de forma diferente. A Enfermeira Especialista tenta intervir junto das/os enfermeiras/os com o objectivo de promover a melhoria dos cuidados. No entanto, refere que é mais fácil abordar as/os enfermeiras/os que exercem funções neste serviço há pouco tempo, uma vez que se sente mais à vontade. É notório que ao nível das relações de poder que se estabelecem consideramos que, embora ela seja uma superior hierárquica, demonstra

⁵⁸ Segundo Pineau (1988:65) entre a acção dos outros (heteroformação) e a do meio ambiente (ecoformação), parece existir, ligada a estas últimas e dependente delas, mas à sua maneira, uma terceira força de formação, a do eu (autoformação).

alguma dificuldade em intervir nas práticas das/os enfermeiras/os mais experientes. Em nossa opinião, esta situação deve-se ao facto de ela própria estar numa fase de integração- *“... como já lhe disse, eu estou no serviço há muito pouco tempo, às vezes ainda sinto alguma dificuldade junto de colegas que cá estão há mais tempo, em ter algum tempo tipo de intervenção, no sentido de ajudar a corrigir algumas coisas” (B:10)*. Quanto à Enfermeira Chefe verificamos que ela intervém no momento da realização do cuidado de enfermagem. Em ambos os casos, a/o enfermeira/o é o sujeito de uma situação estruturada por relações informais, que ocorrem num meio carregado de formalismos, onde se processa uma troca de conhecimentos entre pares.

Na sequência do momento formativo que tem lugar na sala de formação, a/o enfermeira/o com mais experiência dá continuidade à formação teórica articulando esses saberes com saberes práticos, nomeadamente *“verificar se as pessoas têm ou não têm dificuldade, se estão ou não atentas a qualquer problema que possa ocorrer, os cuidados a ter com doentes, com todo o material” (C:3)*. Pela recolha efectuada não nos foi possível discernir se a escolha da/o enfermeira/o com mais experiência, se deve à sua vasta experiência ou se, por outro lado, se deve ao domínio que tem da teoria.

Pela análise que efectuamos verificamos que a formação que se desenvolve neste contexto permite um tipo de formação interactiva-reflexiva em que as iniciativas de formação ligadas à resolução de problemas reais se realiza com a ajuda mútua das/os enfermeiras/os e promove uma ligação à situação de trabalho, procurando por vezes chegar a um consenso. Não podemos deixar de referir que quando as/os enfermeiras/os realizam cuidados de enfermagem de grande complexidade e responsabilidade, geralmente são supervisionadas/os por um elemento com mais experiência. É evidente a primazia da experiência. Esta ideia ganha ênfase na expressão de um enfermeiro quando refere que a “sua Formação em Serviço” é realizada na partilha com os seus colegas.

Esta perspectiva heteroformativa vai de encontro à preconizada por Kolb (cit. por Abreu, 2001:118) ao explicitar a existência de

“duas condições básicas para que determinada formação possa ser qualificada de experiencial: o contacto directo com a situação e a possibilidade de agir. A vivência dos acontecimentos e o contacto com os

problemas permitem mudanças de valores, sentimentos, conhecimentos e habilidades.(...) A aprendizagem pela experiência (...) supõe uma intensa actividade intelectual, a fim de confrontar a experiência, de a integrar, de lhe dar um sentido e de a reinvestir”.

Além dos momentos de heteroformação, temos a considerar a outra vertente formativa - a autoformação. Após a formação realizada em sala de aula, a/o enfermeira/o deve reflectir sobre as questões abordadas procurando respostas a alguns dos seus questionamentos. Esta formação individualizada privilegia o enfoque nos meios pedagógicos, em detrimento de uma análise que se limite às finalidades. Esta centralização técnico-pedagógica da individualização pode mesmo atingir a alienação do aprendente na sua relação com os saberes.

No que se refere à integração de enfermeiras/os consideramos estar perante momentos formativos que oscilam entre a heteroformação e a autoformação. A heteroformação emerge especialmente quando a/o enfermeira/o que está a integrar dá o seu apoio e facilita os meios de trabalho à/ao enfermeira/o que está a ser integrada/o. Na nossa opinião, a integração de enfermeiras/os neste serviço baseia-se numa articulação harmoniosa entre o MTP1 e MTP2 de Marcel Lesne. O primeiro, porque a/o enfermeira/o tem como objectivo ensinar as rotinas e as normas do serviço. Trabalha na linha da orientação normativa, em que a “*formação é um processo de inculcação e de imposição em que o lugar do saber e do poder se situa essencialmente no formador*” (Lesne,1984:47). No segundo, quando as/os enfermeiras/os que integram encaminham as/os enfermeiras/os recém chegadas/os ao serviço tendo em conta os interesses das/os últimas/os, estabelecendo uma relação em que o formando/enfermeira/o é “*considerado como sujeito da sua própria formação, actor social, determinando-se e adaptando-se aos diferentes papéis sociais e, por consequência, sujeito da sua própria formação*” (Lesne, 1984:34). O formador/enfermeira/o “*tem como função facilitar o acesso aos saberes e à aquisição destes e incitar os formandos a serem capazes de autonomamente construírem os seus saberes e por isso são incitados a fazê-lo*” (Lesne,1984:110-101). Uma enfermeira refere que a integração de enfermeiras/os modifica a dinâmica do serviço, porque as/os últimas/os têm

uma grande intervenção. Institucionalmente, a integração das/os enfermeiras/os é efectuada pela Enfermeira Responsável pela Formação ao nível da instituição, que tem como objectivo colocar as/os enfermeiras/os em contacto com os diferentes serviços. Esta integração institucional é realizada se o número de enfermeiras/os o justificar, estando estabelecido um mínimo de 7 elementos.

A análise dos indicadores relativos à passagem de turno permitiu-nos verificar que este é um momento formativo por excelência. A Enfermeira Chefe utiliza-o para transmitir decisões importantes e para trocar informação. No entanto, alguns profissionais referem que este momento é utilizado essencialmente para tomar *“duas ou três notas sobre determinados doentes e o resto não interessa”* (B:14).

Mantendo ainda a perspectiva da Enfermeira Chefe, reforçada pela Enfermeira Directora, a passagem de turno é uma forma de Formação em Serviço, pois é um momento de análise dos cuidados prestados e a prestar. De igual modo, um enfermeiro que connosco colaborou referiu que esta permite identificar os cuidados realizados e perspectivar os do seu turno, mas no entanto não analisa os cuidados. Para algumas/uns enfermeiras/os, este momento é utilizado para discutirem problemas de serviço, muitas vezes com a intenção de solucioná-lo de imediato.

Na nossas observações verificamos que uma das temáticas que persiste na passagem do turno é a troca de informação sobre o estado clínico do doente, não sendo valorizado o plano de intervenção. Discutem sobre o trabalho prescrito e o oral, pois existe muitas vezes uma desarticulação entre o prescrito pelo médico e o que ele transmite oralmente.

Verificamos ainda que durante a nossa permanência no serviço foram discutidas sistematicamente as diferentes teorias de tratamento de úlceras de pressão, bem como a transferência de um doente para outro serviço. Este último permitiu uma reflexão sobre as relações interpessoais entre a sua família e as/os enfermeiras/os. Neste debate, um dos/as enfermeiros/as que realizou um trabalho no Complemento de Formação em Enfermagem sobre esta temática, utilizou os seus conhecimentos como uma alavanca para a reflexão conjunta. A reflexão incidiu sobre as vantagens e desvantagens da

permanência da mãe junto ao doente e do seu envolvimento nos cuidados realizados.

Pela análise das entrevistas efectuado constatamos diversas opiniões sobre esta subcategoria. Assim, uma enfermeira refere ser este um momento formativo por excelência sobre o serviço pois visa obter informação global sobre o mesmo e sobre os doentes. Em sua opinião este momento é muitas vezes subvalorizado pelas/os enfermeiras/os, porque não o aproveitam para partilhar experiências entre elas/eles. Outra enfermeira refere que a passagem de turno é o momento da enfermagem onde as/os enfermeiras/os estão reunidas/os, onde se procede à análise de cuidados, pelo que exige muita concentração e valorização dos assuntos tratados.

Em nossa opinião a passagem de turno é considerada um momento de formação, se esta permitir momentos de reflexão e de análise dos cuidados. Algumas/uns enfermeiras/os referem a sua importância, identificando-a como o momento da enfermagem. Têm consciência de que muitas vezes este espaço não é utilizado devidamente, sendo somente uma transmissão de cuidados e de acções interdependentes. Isto acontece, porque não utilizam o plano de intervenção que é um instrumento de planificação e de avaliação dos cuidados de enfermagem. A Enfermeira Chefe tenta que este contexto seja formativo, mas algumas vezes são as/os próprias/os enfermeiras/os que colocam a debate algumas reflexões sobre os cuidados que prestam. Reforçamos a nossa opinião de que a passagem de turno é um momento por excelência auto e heteroformativo.

A Enfermeira Directora menciona que a visita médica é um espaço de formação, se obedecer a certos critérios como a presença da/o enfermeira/o chefe e a/o enfermeira/o responsável pelo doente e em que as/os enfermeiras/os expõem as suas opiniões.

A reunião de serviço é considerada unanimemente como um momento de formação no qual são abordados assuntos relacionados com a equipa médica, a auxiliar de acção médica e a enfermagem. Nesta reunião discutem-se por vezes, as dificuldades que as/os enfermeiras/os encontram ao realizar o seu trabalho, os seus comportamentos, os problemas relacionais e também as necessidades prementes do serviço e as de formação. Um enfermeiro refere que algumas vezes é através desta reunião que surgem temáticas para

próximas acções de formação e de igual modo é um meio de transmissão de informação. Queremos referir que também a Enfermeira Chefe tem reuniões com os médicos e depois transmite a informação às/aos enfermeiras/os.

Segundo as/os enfermeiras/os a periodicidade desta reunião é mensal, mas *“nem sempre é cumprido, nem sempre temos conseguido cumprir”* (B:13) mas, nas que se realizam há uma grande participação das/os enfermeiras/os, sendo, por vezes, o seu número superior a metade da equipa de enfermagem.

Gostaríamos de referir que não foi possível observar as reuniões de serviço, porque a Enfermeira Chefe alega que é um momento para resolver problemas de serviço e não de formação.

A opção pela subcategoria - auto/heteroformação, surge pela identificação imediata e simultânea das duas vertentes de formação através da análise dos cuidados pelas/os enfermeiras/os. Por exemplo, poderemos referenciar que - *“quando o enfermeiro vai fazer a intubação a um doente e se for acompanhado por um colega, este último ao observar ou ao ajudar está perfeitamente a ver as suas dificuldades e a reflectir sobre a realização do seu trabalho”*(C:12). A Enfermeira D refere que muitas vezes, a sua reflexão pessoal é posterior à reflexão realizada nos cuidados prestados pelas/os outras/os enfermeiras/os e inclui uma comparação entre os cuidados, sempre com o objectivo de melhorar os cuidados de enfermagem.

Consideramos que a formação deve estimular uma perspectiva crítico-reflexiva, que proporcione às/aos enfermeiras/os a utilização dos meios de pensamento autónomo e que facilite as dinâmicas de autoformação participada. Estar em formação implica um investimento pessoal, um trabalho criativo sobre os percursos e os projectos próprios, com vista à construção de uma identidade, que é também uma identidade profissional. Surgem assim, momentos de reflexão-na-acção e reflexão sobre a acção, de acordo com as linhas desenvolvidas por Zeichner (1995).

Uma das principais preocupações era participar em momentos de “descanso” (refeições), dado que são períodos em que as/os enfermeiras/os estão mais descontraídas/os e mais disponíveis para a partilha. Nestes períodos discutem muitas vezes as rotinas, as normas, os valores, questões éticas e de relação de poder. É um momento informal onde, num clima de abertura e à vontade, acontecem aprendizagens significativas para estes

profissionais de saúde. Como exemplo, nas nossas observações, denotamos que as/os enfermeiras/os e os médicos discutiam sobre os seus sentimentos, analisavam as situações vivenciadas, nomeadamente as fases de luto.

V.2.3- Efeitos da Formação em Serviço

Tal como referimos inicialmente este eixo de análise⁵⁹ é constituído por várias categorias que foram sendo construídas no decorrer da análise das observações e das entrevistas: resposta às expectativas, avaliação da Formação em Serviço previsto legalmente, a motivação das/os enfermeiras/os, os efeitos das acções de formação, as alterações nas práticas e a Formação em Serviço desejável.

Pretendendo avaliar até que ponto a Formação em Serviço está dentro das expectativas das/os enfermeiras/os aprofundamos as **Respostas às expectativas** e obtivemos duas respostas, uma negativa e outra positiva. Na primeira é visível uma forte contestação a uma acção de formação e na segunda é referido que a Formação em Serviço não alcança os resultados esperados, mas que é válido o que se realiza. Embora esta formação não corresponda aos resultados esperados a Enfermeira C tem dificuldades em especificar a natureza destes.

Relativamente à **Avaliação da Formação em Serviço previsto legalmente** verificamos que esta é realizada através do relatório final anual e pela certificação das acções de formação pela Enfermeira Directora, e não pelo CFAP (que é a entidade hospitalar responsável pela Formação Contínua).

No que se refere à **Motivação das/os enfermeiras/os** subdividimos em várias subcategorias entre as quais situamos a disponibilidade das/os enfermeiras/os. A Formação em Serviço aqui realizada está dependente da vontade e da disponibilidade das/os enfermeiras/os. Estes aspectos são visíveis no tempo que dispõem para realizar a pesquisa necessária à elaboração de um trabalho, na apresentação do mesmo, na presença e na participação das acções de formação em tempo próprio. A certificação das acções de formação constitui um factor decisivo na motivação e participação

⁵⁹ As grelhas de análise que sustentam a análise neste eixo encontram-se em Anexo 7

das/os enfermeiras/os. Contudo, por si só, não é suficiente. Para alguns profissionais as *“...acções de formação são falsas porque as pessoas vêm, mostram algum interesse na altura, fazem um papelinho no fim, mas no outro dia já tudo passou... voltou tudo ao antigo”* (E:1).

A Enfermeira Especialista tenta conquistar as/os suas/seus colegas para a Formação em Serviço estimulando a manifestação das suas preferências temáticas. De seguida, encaminha o processo de forma a que as mesmas realizem a pesquisa necessária para uma abordagem junto das/os colegas. Neste sentido, a Enfermeira Chefe faz coincidir a escolha da/o enfermeira/o para abordar determinado tema com o interesse manifestado pela/o mesma/o no questionário.

Verificamos também que em certos meses não estão programadas acções de formação, nomeadamente o mês de Dezembro. Pelos feriados nacionais e pelo carácter festivo desta época, as/os enfermeiras/os não apresentam a mesma disponibilidade para pesquisarem e para participarem.

Relativamente à desmotivação das/os enfermeiras/os consideramos que esta decorre, por vezes, de alguma desorganização do serviço o que conduz a uma certa passividade por parte dos profissionais. Por seu lado, a Enfermeira Directora refere que as causas apresentadas pelas/os enfermeiras/os para a sua desmotivação se prendem com a falta de tempo, organização e de disciplina. Contudo, em sua opinião, a falta de tempo pode ser colmatada com uma reorganização pessoal e institucional. Refere ainda que muitas situações seriam ultrapassadas com alguma predisposição e disponibilidade de tempo para a formação.

Um enfermeiro refere que, embora valorize a formação, muitas vezes não participa nas acções de formação porque vive longe e se vier de propósito para a mesma não dispõe de meios económicos.

Algumas/uns enfermeiras/os fazem a comparação entre a Formação em Serviço actual e a anterior. Na Formação em Serviço que existia anteriormente, as/os enfermeiras/os participavam em maior número porque por um lado, estavam todas/os a trabalhar e por outro eram convidados representantes do DEP⁶⁰ e da Direcção de Enfermagem. A presença destas pessoas era

⁶⁰ Departamento de Educação Permanente

“importante porque são essas que mais demonstram interesse em se actualizar, porque têm obrigação de se actualizarem e, ouvindo, aprendem, participam e questionam. Na questão do DEP, eles eram os pioneiros das acções de formação” (E:3). Na Formação em Serviço que se faz actualmente verificamos que, contrariamente à anterior que era “externa” pois vinha do DEP, esta *“parte da chefe do serviço” (E:3)*, sendo portanto “interna”. Poderemos inferir que o êxito da Formação em Serviço realizada anteriormente advém quer da presença dos superiores hierárquicos que funciona como um exemplo de motivação para a actualização de conhecimentos, quer do facto da formação estar integrada no CFAP.

A Enfermeira A percebe a Formação em Serviço como uma obrigação para o desenvolvimento profissional e que deve ser realizado no tempo pessoal das/os enfermeiras/os.

A Enfermeira Chefe tenta motivar as/os enfermeiras/os para a Formação em Serviço, disponibilizando material, livros e revistas, com o intuito de promover um trabalho em conjunto.

Duas enfermeiras referem que a participação das/os enfermeiras/os nas acções de formação é baixa, pois as/os que participam são aquelas/es que estão a trabalhar nos turnos da Manhã e da Tarde e/ou as/os que não têm duplo emprego. No entanto, a Enfermeira Chefe refuta esta ideia ao referir que além destas/es, outras/os vêm nas suas folgas ou nas saídas de noite, facto este que foi por nós confirmado. As/os enfermeiras/os referem que a sua participação é activa, embora *“naquela situação (acção de formação sobre a técnica de intubação nasogástrica) podiam ter participado mais e reivindicado, mas acomodaram-se um pouco à decisão que tomaram naquela altura,...” (D:4).*

A Enfermeira Chefe generaliza o aumento de interesse das/os enfermeiras/os pela Formação em Serviço e pelos cuidados pois *“as pessoas estão um bocadinho mais sensibilizadas para a Formação em Serviço, para a qualidade dos cuidados e têm, acho que têm dado muito de si e acho que vale a pena continuar a investir. Vale a pena nem que se veja uma alteração por pequenina que seja”(C23).*

A motivação das/os enfermeiras/os para a Formação em Serviço tem como origem a sua certificação, embora para algumas/uns não seja um facto relevante, justificando a sua ausência com o emprego duplo. A Formação em Serviço actual é viável devido à vontade própria das/os enfermeiras/os e ao mesmo tempo pelo incentivo por parte da chefia e da Enfermeira Especialista. Estas têm a preocupação de seleccionar os formadores de acordo com o seu interesse e providenciam algum material.

De acordo com a análise que temos vindo a fazer, consideramos que a ausência de programação de acções de formação em certos meses, surge pelo desinteresse manifestado pelas/os enfermeiras/os ou pela indisponibilidade essencial para a sua realização. As/os enfermeiras/os enumeram os motivos para o seu desinteresse: a falta de tempo, a desorganização de serviço e uma certa acomodação. De igual modo, elas/es referem que quando a Formação em Serviço estava em articulação com o CFAP, as acções eram assistidas por superiores hierárquicos, sendo uma forma de incentivo e de exemplo para a actualização dos conhecimentos.

A Formação em Serviço é vista como um meio de desenvolvimento profissional em que a/o enfermeira/o tem a obrigação de dispor do seu tempo pessoal. A participação das/os enfermeiras/os é de acordo com o seu horário, sendo a sua média por acção de formação de 8 elementos numa equipa de 26. A Enfermeira Chefe refere que há um aumento de interesse pela Formação em Serviço e pelos cuidados e que esta será sempre um investimento.

Esta análise articula-se com o trabalho desenvolvido por Mendes (1998:16) quando enumera os factores extrínsecos para a desmotivação das/os enfermeiras/os:

- *“a não valorização do acto formativo por parte dos seus superiores hierárquicos,*
- *precaridade de vínculo à instituição, vulgo “recibo verde”, ou contrato a prazo,*
- *a não inclusão em horário de trabalho, do tempo disponibilizado para as acções formativas, com o consequente desgaste físico e intelectual, de reflexos previsivelmente nefastos, para o cliente receptor dos nossos cuidados,*
- *a não satisfação das inscrições nas unidades pedagógicas.”*

Na categoria **Efeitos das acções de formação** verificamos que após as acções de formação não existem momentos de heteroformação. Uma enfermeira refere que *“às vezes a formação também não tem a eficácia que deveria ter porque nem todas as pessoas estão naquele momento na acção de formação”*(B:12). Outra enfermeira refere que as decisões tomadas nas acções de formação são transmitidas deficitariamente, chegando mesmo a não ser transmitidas.

Na categoria as **alterações nas práticas**, algumas/uns enfermeiras/os referem que a Formação em Serviço pode até permitir uma regressão, outras/os não valorizam as alterações produzidas nas práticas e, para outras/os, não existe qualquer alteração na sua postura.

Uma enfermeira refere que a Formação em Serviço tem um papel de retrocesso na suas práticas pois, por vezes, *“dão a sensação que não nos vem avançar, mas sim regredir”* (D:3).

Outras/os enfermeiras/os não valorizam as acções formação, valorizando os conhecimentos adquiridos ao longo da sua experiência. Poderemos dizer que o reconhecimento dos saberes experienciais adquiridos surge como uma prática que permite encarar o adulto como o principal recurso da sua formação e evitar o erro de pretender ensinar às pessoas coisas que elas já sabem. Esta desvalorização da Formação em Serviço poderá ter uma origem na ausência da valorização das experiências e competências das/os enfermeiras/os, e ter como objectivo a reestruturação das/os mesmas/os e dar-lhes um novo sentido, numa perspectiva de produção de saberes, e não substituí-las por um “novo” saber supostamente mais científico. Nesta perspectiva, as necessidades de formação e, neste caso, a definição das técnicas não deveriam ser estabelecidas à partida de forma definitiva, mas deveriam ser negociadas e reformuladas no decurso do processo de formação.

A influencia da Formação em Serviço na postura das/os enfermeiras/os é nula, porque é *“sentida uma dificuldade na capacidade das pessoas de alterarem determinados comportamento. Isto é, faz-se uma formação naquela determinada área, propõem-se determinadas alterações de comportamento com as quais os colegas concordam, mas daí a serem capazes de dar o salto para alterarem os seus comportamentos, tem havido alguma dificuldade”* (B:11).

Na categoria **Formação em Serviço desejável**, as/os enfermeiras/os foram dando indicações sobre a forma como a Formação em Serviço deveria ser dinamizada no seu contexto de trabalho. Esta deve permitir momentos de reflexão e de crítica construtiva em conjunto (heteroformação) e de reflexão individual (autoformação) de modo a potenciar um “limar das arestas” potenciador de mudança.

A definição do conceito de Formação em Serviço pela responsável pelo CFAP é caracterizada por um misto de Formação Contínua de Serviço e de Formação em Serviço. A Formação Contínua de Serviço deve ser certificada, planeada e articulada com o CFAP⁶¹. A Formação em Serviço surge num contexto de resolução de problemas do serviço, que poderá ser ou não planeada. Contudo, a legislação portuguesa refere que a Formação em Serviço tem como objectivo a satisfação das necessidades e a formação do pessoal de enfermagem, e não resolver problemas de serviço. Embora a intenção provável do legislador fosse a de contribuir para uma melhoria dos cuidados realizados pelas/os enfermeiras/os, temos de ter em conta as características quer dos utentes, quer das particularidades de cada unidade, quer das/os enfermeiras/os. As características individuais de cada unidade poderá incluir ou não os problemas do serviço. Assim, poderemos inferir que esta especificidade na legislação poderá induzir a uma ambiguidade no discurso desta entrevistada em relação à definição de Formação em Serviço.

Segundo a opinião de um enfermeiro a realização da Formação em Serviço deverá ser in loco e com continuidade. Assim, todas/os as/os enfermeiras/os deveriam estar presentes nas acções de formação mensais, que devem ser estruturadas como um alertar para a articulação entre a teoria e a prática.

Esta perspectiva de Formação em Serviço vai de encontro ao que Allmark (cit. por Abreu, 2001:140) refere quando considera que os “*conhecimentos oriundos da prática são redutíveis a teoria; e a teoria pode ser alimentada e alicerçada na prática, mas nunca poderá conter todos os saberes inerentes à prática, o que resultaria na fraca sustentação do discurso de aplicar na prática o que se aprendeu na teoria*”. Podemos reforçar esta perspectiva

⁶¹ Centro de Formação e Aperfeiçoamento do Pessoal

com os estudos de outro autor, E Graham (cit. por Abreu, 2001:140) que acrescenta ser fundamental para a enfermagem *"aproximar as teorias à prática ou utilizar a reflexão sobre as práticas para gerar novas teorias"*. Esta ideia é reforçada por Correia (1997:38) quando refere que

"o trabalho pedagógico procura aprofundar e modernizar o trabalho artesanal admite que o êxito dos projectos de acção depende da utilização plurifuncional dos saberes experienciais e promover a sua transferibilidade para novos contextos cognitivos e a de fazer da acção e da prática uma oportunidade para o enriquecimento do património experiencial; a sua luta é a luta pela visibilidade do invisível, é a luta da gestão das incertezas contra acumulação de certezas".

Outra enfermeira refere que a Formação em Serviço poderá adquirir a forma correctiva, quando aplicada na avaliação de um/a enfermeiro/a, com o objectivo deste/a poder colmatar a sua dificuldade.

A enfermeira responsável pelo CFAP indica-nos que é necessário a formulação de critérios universais de actuação, permitindo uma única conduta para a Formação em Serviço ao nível nacional.

A mesma enfermeira refere que a Formação em Serviço deve ser articulada com o CFAP e este último deve ser responsável pela certificação. Assim, faz um apelo à articulação entre o CFAP e a Formação em Serviço como um meio de motivação para a participação das/os enfermeiras/os na formação. Além deste meio, ela indica que as/os enfermeiras/os devem investir nos seus saberes. Esta articulação entre o CFAP e a Formação em Serviço é semelhante à referida por Canário (1998) quando atribui ao hospital o papel de lugar de formação, permitindo otimizar as suas potencialidades, na criação de oportunidades educativas baseadas na interacção entre actores. A articulação com o CFAP, a entidade que coordena a Formação Contínua no hospital, permitirá a construção de um "hospital formador" que supõe uma justaposição no tempo, no espaço e nos actores, entre a formação e a mudança, como condição para ajudar a produzir mudanças profundas *"técnicas e humanas, em simultâneo e integradas nos problemas de evolução da instituição"* (Peyré cit. por Canário, 1998:21). Outra enfermeira referencia que a disponibilidade de

tempo é outro meio de motivação das/os enfermeiras/os para participar na formação.

A certificação da Formação em Serviço pode ser realizada por duas vias: pelo CFAP e pela avaliação de desempenho realizada às/aos enfermeiras/os em cada triénio. Esta última é uma forma de evitar burocracias.

A identificação das necessidades surgiria pela avaliação de desempenho realizada às/aos enfermeiras/os, encontrando-se assim as necessidades reais da Formação em Serviço e, ainda, pela avaliação contínua.

As actividades que devem ser realizadas no contexto da Formação em Serviço são variadas: os posters, os panfletos para os doentes, as acções de formação em que o doente é interveniente e as normas. As normas devem ser elaboradas e discutidas em grupo, com o objectivo de encontrar um consenso. Neste sentido, a Formação em Serviço deve ser valorizada, podendo ser considerada como um momento de intervenção prática. Quando se realizam e se apresentam trabalhos sobre cuidados específicos de enfermagem ou de discussão de casos, o objectivo é analisar a prática e procurar soluções alternativas de modo a melhorá-la.

O método de formação mais referido pelas/os enfermeiras/os entrevistadas/os é o expositivo – tendo em conta a temática –, articulado com uma componente prática e teórica. Em sua opinião, aos formadores compete dinamizar as acções de formação de modo a que as/os enfermeiras/os possam intervir e participar. Nas nossas observações denotamos que as/os enfermeiras/os valorizam mais a discussão para encontrar um consenso, tornando-se menos receptivas a uma mera componente teórica. Provavelmente este processo de resistência tem origem nas representações que transportamos relativas a um modelo escolar que imperou durante largo período de tempo no nosso país, permitindo uma:

- *“resistência em regressar à escola,*
- *sentimento de que os conhecimentos de tipo escolar ou universitário não servem para nada,*
- *impossibilidade de dissociar ou compartimentar os conhecimentos, já que a realidade profissional é interdisciplinar,*
- *impossibilidade de dissociar teoria e comportamento prático em situação profissional,*

- *importância da relação entre o meio profissional e a formação do adulto no seu meio profissional, “a tal ponto que o meio a impede a neutraliza ou, pelo contrário, a favorece”* (Lesne, 1984:80).

A participação das/os enfermeiras/os externas/os ao serviço, mas que exercem funções nesta instituição era benéfica porque seria uma forma de intercâmbio entre as/os enfermeiras/os, transparecendo a vertente de “hospital formador”. Uma enfermeira refere que a participação de enfermeiras/os externas/os e/ou outros profissionais era importante na partilha de conhecimentos, que podem assumir *“uma gestão participativa que pode tomar dimensões locais em que vários órgãos trabalham em parceria dado à sua proximidade”* (Canário, 1998:22).

A transmissão de informação sobre as acções de formação deveria ser realizada durante uma semana consecutiva pela Enfermeira Chefe e pela Enfermeira Especialista. Em relação ao hospital, este *“podia-nos trazer mais informação sobre: as temáticas que nós estamos disponíveis para tratar em formação; se podemos ir a outros serviços dar formação”* (D:9).

A avaliação da formação devia ser realizada pela/o enfermeira/o responsável pela formação, pela/o enfermeira/o chefe e pelos formadores, com o objectivo de verificar se no *“campo a formação resultou e se valeu a pena...”* (C:21). Também, os formadores da acção de formação deveriam dispor de tempo para a preparação e a avaliação da mesma e, ainda, para orientar as/os colegas após a mesma. Esta avaliação deveria ser acompanhada de uma grelha e com uma periodicidade mensal.

V.2.4 – Em jeito de reflexão

Em Enfermagem surge diariamente a necessidade de repensar o processo de trabalho, bem como as competências essenciais ao desenvolvimento da profissão, num meio em constante mutação. Trata-se de uma profissão iminentemente prática, que procura consolidar o seu poder numa correcta actuação dos seus profissionais. Para isso, destacamos o papel da Formação em Enfermagem que teve desde sempre uma forte ligação com o contexto de trabalho.

Dos diversos campos que compõem a Formação em Enfermagem, destacamos a Formação em Serviço, que emerge como uma forma de colmatar a necessidade de formação no contexto de trabalho, podendo ser considerada como uma parcela da Formação Permanente.

De acordo com a legislação portuguesa⁶², a Formação em Serviço é concretizada em cada unidade prestadora de cuidados e está cometida por um período de 3 anos, renováveis, a um/a enfermeiro/a especialista⁶³. A Formação em Serviço visa promover a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem. Para isso, tendo vindo a ser desenvolvida considerando as/os enfermeiras/os quer, como grupo profissional com objectivos comuns, quer como pessoas individuais pertencentes a esse grupo e com necessidades específicas⁶⁴.

Durante a nossa permanência neste contexto específico privilegiamos a análise da Formação em Serviço, nomeadamente no que se refere às vivências observadas, às dinâmicas de trabalho implementadas e aos espaços de descanso. No decorrer da pesquisa, privilegiamos os momentos de formação vivenciados pelas/os enfermeiras/os e que procuramos enriquecer estimulando o recurso a diversos processos de reflexão.

Tal como referimos⁶⁵ a definição de Formação em Serviço expressa pelas/os enfermeiras/os está de acordo com a legislação portuguesa. Contudo, na prática efectiva, podemos afirmar que a realização deste tipo de formação possui um cariz correctivo e de aprofundamento de conhecimentos, aproximando-se de uma perspectiva de racionalidade técnica. De facto, em regra, concretiza-se através da organização de um conjunto de acções pontuais de formação, dirigidas à capacidade individual. O modelo de formação utilizado nas acções de formação é de cariz expositivo e tecnicista, encarando a relação entre a acção e a teoria como uma mera relação de aplicação.

Como vimos, na identificação das necessidades, a negociação entre os diferentes actores em relação aos objectivos indutores da formação são abordados de forma limitada e sem uma estrutura construída em termos teórico/práticos. A implicação das/os enfermeiras/os poderá passar por

⁶² Decreto-lei nº437/91, de 8 de Novembro no capítulo VIII, artigo 64º

⁶³ idem, ponto 1

⁶⁴ idem, ponto 6

⁶⁵ ver p.91

aquelas/es que preparam as acções de formação, se o seu interesse se coadunar com a temática.

O poder para decidir está bastante centrado na figura da Enfermeira Chefe, a quem compete verificar o que "falta nos cuidados de enfermagem", a calendarizar as acções de formação e a elaborar as normas e os protocolos.

Os momentos de auto/hetero/eco formação são essenciais no desenrolar da formação e passam por: reuniões de serviço, passagem de turno, momentos de refeição, discussão sobre realização de actividades e integração de enfermeiras/os.

Não podemos deixar de referir que a avaliação da Formação em Serviço prevista legalmente é realizada através da certificação das acções de formação e do relatório final. Esta certificação emerge na investigação como impulsionadora da motivação de algumas/uns enfermeiras/os. Contudo, outras/os alegam a sua desmotivação através da falta de tempo, da desorganização do serviço, da acomodação e do duplo emprego. No entanto, existe um grande esforço das responsáveis pela formação no estímulo às/aos enfermeiras/os, referindo que têm obtido resultados.

Gostaríamos ainda de referir que não são visíveis os momentos de heteroformação após as acções de formação. Daqui, decorre uma deficitária transmissão da informação, que se poderá traduzir na ausência de efeitos nas práticas.

Assim, nesta leitura triangulada que temos vindo a fazer- organização, desenvolvimento, efeitos -, podemos concluir que a organização e o desenvolvimento da Formação em Serviço estão de acordo com a perspectiva da Enfermeira Chefe, fazendo com que os seus efeitos - desinteresse, desmotivação, indiferença, não investimento, acções preparadas em pouco tempo - não sejam os esperados (embora, não seja especificado quais são os esperados).

Em nossa opinião, para a Formação em Serviço pudesse garantir uma melhoria nos cuidados prestados, bem como no bom clima emocional dos profissionais, era essencial que na sua planificação fossem esbatidas as fortes relações de poder que existem, privilegiando uma relação mais simétrica onde se dá a voz às/aos enfermeiras/os que prestam cuidados directos, tornando-se assim, os verdadeiros autores da sua própria formação.

A proposta das/os enfermeiras/os para a identificação das necessidades na Formação em Serviço é baseada na avaliação de desempenho. Esta consiste num meio de avaliação das actividades e cuidados realizados pelas/os enfermeiras/os. Inicialmente é realizada uma entrevista com a/o enfermeira/o chefe, onde se discutem as necessidades da/o enfermeira/o. Numa periodicidade de 3 meses, realizam-se entrevistas entre a/o enfermeira/o e a/o enfermeira/o chefe, com a intenção da melhoria na prestação de cuidados de enfermagem. Decorridos 3 anos, a/o enfermeira/o elabora um relatório crítico de actividades, onde analisa os seus cuidados, os seus saberes, as suas competências e ao mesmo tempo projecta as suas necessidades. Este relatório fica sujeito a um processo de discussão e avaliação com a/o enfermeira/o chefe e com o/a enfermeiro/a supervisor/a, findo o qual lhe é atribuído uma valorização qualitativa. Esta proposta vai de encontro ao pensamento de Berger (1991:235) quando refere que:

“É necessário funcionar menos a partir de uma análise de necessidades, ou seja, das lacunas que colocam o sujeito em formação numa posição negativa, do que funcionar a partir de um balanço dos seus saberes, das suas competências, das suas aquisições”.

Consideramos que o documento de registo da avaliação de desempenho realizada pelas/os enfermeiras/os em cada triénio, deveria ser utilizado para a certificação das acções de formação em que participaram ou palestraram e, ainda, para registar outras actividades. Esta mudança na utilização do documento contraria o que acontece actualmente, onde vigoram os certificados assinados pelo/a enfermeiro/a director/a.

Para as/os enfermeiras/os que connosco colaboraram a Formação em Serviço “ideal” seria baseada no realce duma consistência contínua e, desta forma, as acções de formação seriam como um alertar. Como tal, a forma que elas/es encontram para melhorar a *performance* do serviço é através de uma Formação em Serviço realizada in loco com a presença de todas/os as/os enfermeiras/os, aliando a teoria e a prática, mas dando ênfase à última. De igual modo, consideram-na correctiva se for usada em contexto individual sob a forma de avaliação. Referem ainda que as normas deveriam ser elaboradas e discutidas em grupo o que permitiria analisar a prática e procurar soluções

alternativas. Consideram também que a utilização de posters e de acções em que o doente é interveniente, se possam constituir como outras actividades realizadas no âmbito da Formação em Serviço.

Em nossa opinião, as/os enfermeiras/os valorizam as situações de trabalho, pois propiciam a produção de estratégias, em que a aprendizagem por via experiencial ganha um grande relevo. Esta estratégia profissional coloca cada enfermeira/o num processo de autoconstrução como pessoa e como profissional. A/o enfermeira/o, nesta postura está em condições de mobilizar para as situações de formação todos os saberes adquiridos ao longo da sua experiência e, por outro lado, reinvestir nas situações de trabalho/experiência o que anteriormente formalizou. Cria-se, assim, *“condições para uma interacção fecunda entre uma via simbólica e uma via experiencial de aprendizagem, e emergem, de forma concomitante, os conceitos de trajectória profissional e de percurso de formação”* (Canário, 1997a:10).

De acordo com os registos efectuados, a avaliação de acções de formação deve ser realizada pelos formadores através da análise dos cuidados prestados, baseado numa grelha efectuada para o efeito, obedecendo a uma certa periodicidade e reflectida conjuntamente com a/o enfermeira/o chefe e a/o enfermeira/o especialista, como tal deve existir uma disponibilidade de tempo. Para as/os enfermeiras/os, a Formação em Serviço deve obedecer a critérios universais, adaptados ao contexto nacional em articulação com o CFAP, responsável pela sua certificação. Ainda em sua opinião, o modelo de formação expositivo deve ser mantido pelas virtualidades que acarreta. Contudo, perspectivam o seu enriquecimento com uma maior dinâmica de formação desenvolvida pelos formadores.

Neste sentido, quer-nos parecer que poderíamos caminhar para a implementação de uma vertente participativa e activa dos formandos. Os profissionais presentes neste estudo dão realce à componente prática considerando-a um modo de encontrar consenso para existir uma mudança. Pelas suas expressões encontramos uma forte reacção negativa à teoria que, em nosso entender, advém de uma representação interiorizada da formação como uma forma escolarizada.

Quando as/os enfermeiras/os se referem às práticas podemos inferir que atribuem um significado especial à valorização dos saberes experienciais. Neste sentido, a formação deve aprofundar as práticas, atendendo à plurifuncionalidade dos saberes experienciais de modo a promover a sua transferibilidade para novos contextos cognitivos e fazer da prática uma oportunidade para o enriquecimento do património experiencial e não a aplicação dos saberes ministrados. A participação de diversas enfermeiras/os do hospital emerge como um factor de desenvolvimento pois pode facultar um intercâmbio de conhecimentos e saberes entre pessoas e serviços. Neste sentido, as situações vivenciadas pelas/os enfermeiras/os ocorrem no quadro de organizações sociais, pelo que a dimensão organizacional atravessa necessariamente as práticas profissionais, bem como o seu processo (formativo) de produção em contexto, através da interacção entre os diversos actores presentes. Assim, encarar o hospital como lugar de formação permite otimizar as suas potencialidades, na criação de oportunidades educativas baseadas na interacção entre actores.

Esta perspectiva interventiva do hospital promove mudanças profundas *"técnicas e humanas, em simultâneo e integradas nos problemas de evolução da instituição"* (Peyré cit. por Canário,1998:21), realçando uma gestão participativa, orientada para a resolução de problemas.

VI - PARA ONDE SE QUER CAMINHAR...

Ao longo desta investigação foi-se tornando para nós visível e indubitável a existência de uma forte relação entre a profissão de Enfermagem e o poder político, emergindo de uma forma clara um acentuado controle do Estado no desenvolvimento da Enfermagem. Este facto, em certos períodos da afirmação identitária desta profissão, constituiu-se num potencial factor de desenvolvimento e noutros num constrangimento à construção da sua autonomia.

Consideramos que ao longo dos tempos, o Estado e a Enfermagem têm mantido um constante conflito de interesses invisíveis, desocultado apenas com a manifestação pública de algumas formas de luta. O Estado por vezes adopta formas de protecção relativamente a uma profissão, como por exemplo, a passagem administrativa das/os Auxiliares de Enfermagem para enfermeiras/os. Outras vezes adopta formas de solucionar os problemas em que as próprias profissões são a solução. É disso exemplo a criação do Curso de Auxiliares de Enfermagem para colmatar o número insuficiente de enfermeiras/os.

Porém, a Enfermagem manteve o monopólio do mercado quando o Estado forneceu disposições legais aos tribunais para julgar o cumprimento da profissão e, ainda, com a criação da Ordem. A Ordem regulamenta os actos profissionais, estabelece condições de acesso e permanência dos profissionais, exerce a sua competência científica e técnica, ética e deontológica e executa a sua função de órgão consultor ao nível da alteração da carreira. Neste sentido, poderemos concluir que na Enfermagem existe internamente um prestígio certificado, uma carreira cuja progressão é avaliada pelos seus pares, deixando transparecer uma homogeneidade para o exterior.

Embora, a Enfermagem tenha alcançado o estatuto de profissão é evidente a permanência de uma luta inter e intraprofissionais que se desenrola em torno da exclusividade deste mercado de competências e do seu controle. Por este motivo é evidente uma constante luta na demarcação do território que se deseja monopolizar, no controle das actividades e práticas profissionais adjacentes sem permitir, quer a diluição do poder e o prestígio com grupos que lhe estão subordinados (exemplo as/os auxiliares de acção médica), quer na

regulação das relações e distribuição de poder entre o sector de actividade de profissionais e a especialização de profissionais (por exemplo os técnicos de diagnóstico) de forma a assegurar o nicho.

De igual modo, a Enfermagem vive uma forte contradição que se manifesta entre o reconhecimento do seu papel psicossocial que é dominante desta profissão- que pretensamente lhe concede uma "verdadeira autonomia"-, e o seu estatuto social determinado pela sua posição objectiva na produção de cuidados.

A Enfermagem está assente em regras sociais que definem o seu papel, sedimentando-se gradualmente num movimento permeável a rupturas, continuidades e conflitos com dimensão temporal ampla. Ela está condicionada pelas representações sociais que são aplicadas e que são estereótipos sociais com uma função social. Assim, toda a possibilidade de desenvolvimento de estratégias de revalorização profissional do seu estatuto profissional parece estar comprometida, quer pela escassez de recursos quer pela prevalência deste papel, que é justificado pela sua presença contínua nos serviços, e dos conhecimentos e informações de primeira mão sobre o estado físico e psíquico dos doentes que essa presença possibilita. Gostaríamos ainda de reforçar que esta particularidade permite a tomada de posição, por parte das/os enfermeiras/os, manifestando o seu saber e as competências adquiridas ao longo da sua socialização escolar e profissional, o que vem contrariar a ideia de simples executoras/es de prescrições médicas. Desta forma, a Enfermagem afirma a sua identidade profissional, desenvolvendo uma estratégia de revalorização que lhe concede autonomia face ao poder médico.

Formação em Enfermagem

O reconhecimento oficial da imprescindibilidade da Formação em Enfermagem iniciou-se com a autonomia das escolas de enfermagem e da sua orientação curricular. Esta autonomia surgiu após um longo caminho percorrido onde se tornou evidente um forte incremento científico.

Neste sentido, podemos afirmar que, nos últimos 20 anos do séc. XX, a Enfermagem alcançou a autonomia na sua formação tendo-lhe sido atribuído o grau académico de licenciado. Na actualidade, esta situação está a ser revista

uma vez que as Escolas Superiores de Enfermagem desejam ser integradas no Ensino Universitário. Os próprios profissionais, tanto docentes como prestadores de cuidados directos têm aprofundado os seus conhecimentos em Mestrados e Doutoramentos nas áreas de Ciências Sociais, Ciências da Educação e Ciências da Enfermagem.

A Formação Permanente em Enfermagem, pioneira na área de saúde no nosso país, tem evoluído ao longo dos tempos tendo como principais marcos a criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem com o tema "Educação em Serviço", em 1967, e a integração no Conselho Internacional dos Enfermeiros, em 1969. Como já vimos atrás, consideramos que a Formação Permanente engloba a Formação Contínua e a Formação em Serviço porque, como diz Alarcão, a Formação Contínua "*visa aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional*", e a Formação em Serviço "*é a formação que se desenrola em simultâneo com a prática profissional, com a mesma finalidade da anterior*" (cit. in Veiga et al, 1995:36). A Formação Permanente tem vindo a ser realizada nas instituições de saúde e de acordo com os princípios destas, tendo sido criados os DEP (Departamento de Educação Permanente).

Em 1982, a Educação Permanente praticava-se de uma forma estruturada nos departamentos criados para o efeito e informalmente pelas respectivas equipas de prestação de cuidados. Em 1992, a CFAP (Comissão de Formação e Aperfeiçoamento Profissional) dá lugar à Comissão de Educação Permanente em Enfermagem (órgão que coordena os DEP), e visa atender à multiprofissionalidade.

Relativamente à Formação Contínua em Enfermagem, verificamos que na legislação portuguesa⁶⁶ está contemplada a utilização, no mínimo, de 42 horas por ano, em comissão gratuita de serviço, para efeitos de actualização e aperfeiçoamento profissional mediante o despacho do órgão máximo de gestão. Esta legislação foi revista com vista a fim de alargar para 105h em comissão gratuita de serviço, o crédito anual concedido para autoformação aos funcionários e agentes da Administração Pública com carreiras técnicas e

⁶⁶ Decreto-lei nº437/91 de 8 de Novembro, capítulo VIII, no artigo 63º

técnica superior⁶⁷. Encontramos aqui um forte factor do desenvolvimento e real implementação da formação em contexto hospitalar.

VI.1- Caminho a percorrer ...

Pelo caminho percorrido ao longo desta investigação e pela nossa própria convicção pessoal, consideramos que, no caminho que há para percorrer, num futuro próximo, a implementação da formação em contexto hospitalar privilegiará duas vias:

- através do CFAP que tem o objectivo de promover a formação ao nível de cada categoria profissional da sua instituição,
- através da formação em contexto de trabalho que, a nível legislativo, se designa por Formação em Serviço.

A primeira, a formação tem um papel fundamental e insubstituível no crescimento harmonioso da profissão de Enfermagem. O aprofundamento desta via, apesar de se constituir num desafio aliciante, não cabe no âmbito desta investigação.

É sobre a segunda via que nos debruçaremos mais pormenorizadamente por se tratar do nosso campo de pesquisa, por ir de encontro ao nosso centro de interesses. Em nosso entender, para que a Formação em Serviço seja potenciadora e promotora de um serviço de maior qualidade deve ser considerada como uma intervenção prática, no dia a dia (na passagem de turno) e na discussão de problemas da prática. Quando se realizam e se apresentam trabalhos sobre cuidados específicos de enfermagem ou, ainda, quando se criam momentos de discussão de casos, o objectivo que subjaz a estas actividades é o de analisar a prática e procurar soluções alternativas para a sua melhoria.

Neste sentido, a Formação em Serviço faz emergir saberes quotidianos essenciais que decorrem das capacidades criativas das/os enfermeiras/os, que se desenvolvem ao enfrentar o imprevisto, ao improvisar e ao descobrir soluções para os seus problemas. Nestes momentos que constituem a

⁶⁷ Decreto-lei nº174/2001 de 31 de Maio

Formação em Serviço, onde se cria um certo ambiente afectivo e emocional, há lugar para a partilha desses saberes e um enriquecimento profissional colectivo, contribuindo para a existência de uma verdadeira equipa de trabalho. Desta forma, estamos a caminhar para uma mudança de mentalidades onde se deixa de perceber as/os enfermeiras/os como uma meras executoras/es de técnicas.

Encontramos suporte legal para esta perspectiva nas orientações definidas pelo Ministério da Saúde Português:

“O modelo da formação-acção centrado na resolução de problemas ou a realização de projectos é uma das metodologias que melhor se adequam às necessidades detectadas de provocar mudanças individuais, colectivas e de transformação das próprias estruturas” (cit. por Canário, 1997:128)

Estas orientações permitem definir uma trajectória de formação onde é sempre possível encontrar tempos e espaços particularmente “densos”, do ponto de vista formativo. Em geral,

“esses tempos e espaços produzem transformações das representações que temos da realidade, induzem a produção de projectos pessoais e ou grupais e, ainda, são responsáveis pela produção de saberes-saberes, saberes-fazer, saberes-ser e saberes transformar(-se) - que, mais tarde, se revelarão serem úteis no exercício do trabalho” (Correia, 1996:104).

Gostaríamos de reforçar que estes “espaços e tempos de grande densidade formativa” nem sempre coincidem com aqueles que geralmente são planeados para produzirem formação: eles podem emergir nas relações informais que se estabelecem no exercício do trabalho. Em nossa opinião, estes momentos são ricos em reflexões sobre os cuidados prestados e sobre os valores éticos fortalecendo de forma impar as relações interpessoais. Durante a investigação, tivemos o privilégio de vivenciar estes momentos quer nas refeições que realizamos em conjunto, quer na análise dos cuidados no momento da sua realização.

Consideramos que a compreensão da dinâmica implementada nas situações de trabalho, contribui de forma significativa para a compreensão da dinâmica das situações de formação. Para isso, torna-se necessário ter em conta os sistemas de relações humanas em que se inscrevem essas situações. Tal como nos diz Correia (1996:104), a *"formatividade do exercício do trabalho,..., poderá estar dependente da forma como ele se inscreve num tempo que, sendo histórico, é também um tempo pessoal, isto é, um tempo inscrito num trajecto pessoal que se constrói numa rede complexa de relações interpessoais e institucionais"*

Esta perspectiva de dinamização da formação leva-nos à Pedagogia Institucional defendida por Lobrot (1973), com a criação da instituição autogerida. Esta instituição é *"a que apresenta mais características de grupo, a que põe mais directamente em questão as próprias relações humanas, as instituições"* (Lobrot, 1973:414). Neste sentido, valoriza a autonomia dos indivíduos através da realização de um projecto que se dirige a si próprios, em que *"o benéfico essencial da autogestão reside no facto de cada um dos seus participantes parte de si próprio e apoia-se no outro. Partindo de si próprio o grupo diz-lhe sempre respeito e apoiando-se no outro é sempre ajudado. A dialéctica entre o eu e o outro encontra-se realizada ao máximo"* (idem:432).

A viabilidade deste tipo de instituições é difícil, porque como diz Sartre (cit. in Lobrot, 1973:418) *"a institucionalização é, na sociedade o meio habitual de coisificar o grupo, de reter o seu movimento, de o tornar um grupo-organismo"*. Contudo, acreditamos que este tipo de instituição deve ser implementada para que se torne um motor de arranque para outra filosofia de formação, em que os indivíduos possam vivê-la na sua plenitude. Esta nossa convicção na viabilidade dum projecto de formação com estas características encontra eco nas palavras proferidas pelas enfermeiras que connosco colaboravam.

A instituição autogerida, como uma organização, implica determinadas funções, uma divisão de trabalho e fins comuns. O seu objectivo é encontrar uma unidade comum que satisfaça a todos, implicando que, aquele que convencionalmente detém o poder, deve renunciar a ele. Em caso de algum elemento não concordar com as decisões do grupo, tem a oportunidade de promover algo que satisfaça a si próprio e ao grupo.

Este tipo de instituição exige que os indivíduos no início contestem o sistema para que em, em seguida, possam *“educar-se a si próprios, e, finalmente, assegurar um trabalho mais eficaz”*(Lobrot, 1973:418). A dinâmica deste tipo de organização é dificultada se o grupo for numeroso. Assim, Lobrot (1973) sugere que o grupo seja subdividido em pequenos grupos que posteriormente se uniriam ao grupo principal, tornando-se numa organização mais unitária.

A dinâmica de grupo autogerido tem em conta as motivações dos indivíduos e dos interesses divergentes. Estes *“interesses, uma vez apreendidos por cada um, implicam a determinação de aceitar ou não aceitar, ir além de um certo ponto correspondente aos interesses do sujeito mas talvez não a todos os seus interesses”* (Lobrot, 1973:423). Poderemos dizer que a:

“Na realidade, a dinâmica do grupo autogerido como a de qualquer grupo em que os indivíduos podem exprimir as suas necessidades essenciais, tem como consequência não somente uma satisfação dessas necessidades mas, principalmente, uma modificação no mundo das necessidades e dos interesses, uma reestruturação da afectividade de base. A personalidade modifica-se, evolui, torna-se “outra”. Produz-se um fenómeno essencial, que se chama vulgarmente educação” (Lobrot, 1973:428).

Em nossa opinião, em contexto hospitalar, faz todo o sentido implementar esta dinâmica pois valoriza os momentos de formação, de treino, de sessões de informação, de estágios e de trabalhos de investigação acompanhada de uma avaliação.

Dentro desta perspectiva, poderemos ainda vislumbrar uma maior articulação entre uma perspectiva mais académica e uma mais prática. Para isso, é necessário motivar e responsabilizar as Escolas Superiores de Enfermagem para um papel mais interventivo na Formação em Serviço. A sua intervenção poderá ser pensada como um meio de apoio aos profissionais, proporcionando momentos de reflexão sobre as práticas, promovendo a sua articulação com os saberes teóricos que os sustentam e, ainda, motivando para a realização de registos pessoais e de trabalhos de pesquisa. Desta forma, articulamos e relacionamos a formação com a acção, a realidade escolar com a

organizacional. A presença de alunos nos serviços mobilizará esta articulação através do seu incentivo. Neste sentido, surgem trocas, intercâmbios entre as duas instituições, com componentes de reflexão e investigação.

Para que esta articulação nasça e se desenvolva é imprescindível a planificação de estudos científicos na área da Enfermagem, *"estudos estes que contribuam para a resolução de problemas quotidianos assim como para análise e reflexão da prática profissional"* (Nunes 1995:29).

Esta vertente investigativa a que nos referimos procurará desocultar, explicitar, solucionar ou responder a problemáticas várias com as quais a Enfermagem e a sua Formação em Serviço se depara quotidianamente. De facto, todos os dias fervilham questões às quais a Formação em Serviço pode e deve procurar responder. São exemplo disso as questões sugeridas por Nunes (1995:29):

- *"Que problemas existem e me preocupam no serviço?"*
- *Como poderão ser resolvidos ou minimizados?*
- *Que áreas dos cuidados me interessa desenvolver?*
- *Que novos conhecimentos ou técnicas quero aplicar?*
- *Como e quando?"*

O trabalho realizado em torno destas questões, as suas conclusões e sugestões deverão ser aplicáveis no contexto de trabalho, contribuindo para a inovação dessa mesma prática. Defendemos uma Formação em Serviço em que processo investigativo converge com a necessidade de concretização na prática para ser eficaz. A Formação em Serviço deve ser fundada na reflexão e na acção e dela decorrerá, naturalmente, a inovação e a melhoria da qualidade dos cuidados.

Como temos vindo a referir, esta perspectiva de Formação em Serviço pretende combinar uma dimensão investigativa e uma dimensão acção. Através dela podemos estabelecer uma nova relação teorico-prática, definir uma meta comum e praticar uma comunicação simétrica que privilegie a mudança. Ela encontra a sua especificidade no seio da mudança, isto quer dizer que gera a acção por meio de pesquisa e a pesquisa por meio da acção através da confrontação e do questionamento. Neste sentido há uma

apropriação activa de construção de um saber - saber-acção-, num processo de construção colectiva do conhecimento em que é um processo moroso onde há trocas, avanços, recuos, conflitos, momentos de euforia e outros de desânimo. Acreditamos que a formação *"é sempre um processo de mudança institucional, devendo por isso, estar intimamente articulada com as instituições onde os formandos exercem a sua actividade profissional"* (Nóvoa, 1988:123).

No caminho que há para percorrer na Formação em Serviço consideramos que, não esquecendo as potencialidades dos outros, devemos privilegiar um modo de trabalho pedagógico de tipo apropriativo centrado na inserção social (MTP 3 de Marcel Lesne), quer no plano das metodologias, quer nos princípios estratégicos da formação onde emerge a especificidade do adulto, enquanto autor social e organizacional. Por seu lado, o formador com características de flexibilidade, de tolerância, de segurança e de simpatia podem também obviar à concretização eficaz da formação.

A nossa opinião é reforçada pelas ideias de Botelho (1993 cit. por Mendes, 1998:15) que enumera alguns requisitos para o processo da formação, destacando que qualquer formador *"deve ser um agente facilitador dessa formação e deve reconhecer em cada formando um ser único com as suas próprias necessidades, dificuldades e motivações"*. Assim, este processo pretende desencadear atitudes indagadoras, reflexivas e implicadas, e incrementar o empenhamento e a capacidade de intervenção.

Procurámos contribuir para reflectir e explicitar as questões actuais da Formação em Serviço em Enfermagem, uma área que necessita um maior aprofundamento, pois é um veículo para a melhoria dos cuidados prestados pelas/os enfermeiras e consequentemente no desenvolvimento da profissão de Enfermagem. Esperamos ainda que este trabalho seja mais uma alavanca para futuros trabalhos nesta área em que a articulação entre a Enfermagem e as Ciências da Educação são evidentes.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W.C de (2001) *Identidade, Formação e Trabalho*, Educa, Lisboa.
- BARBIER, JM, LESNE, M(1986) *L'Analyse des besoins en formation*, Paris: R. Jauze.
- BARBIER, Jean-Marie (1990) *A avaliação em Formação*, Edições Afrontamento
- BARDIN, L (1979) *A Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- BERGER, Guy (1991) " A experiência pessoal e profissional na certificação de saberes: a pessoa ou a emergência de uma sociedade global", *Conferência Nacional Novos Rumos para o Ensino Tecnológico*, Porto: ME.
- BOGDAN, R; BILKLEN, S, (1994) *Investigação Qualitativa e Educação*, Porto Editora.
- BOURGEOIS, E (1991) *L'Analyse de besoins de formation dans les organisations: un modèle théorique et méthodologique. Mesure et Evaluation en Education*, 14(1), 17-60 (trad. N. Pacheco)
- BURGESS, Robert (1997) *A pesquisa no terreno*, Oeiras, Celta Editora.
- CANÁRIO, R (1997a) Nota de apresentação in CANÁRIO,R (org) *Formação e Situações de Trabalho*, Porto Editora, 9-12
- CANÁRIO,R (1997) "Formação e Mudança no Campo da Saúde", CANÁRIO, R (orgs.) *Formação e Situações de Trabalho*, cap.VII, Porto Editora, p.117-146.
- CANÁRIO, R (1998) "Formação na mudança: Três orientações estratégicas, Pensar em Enfermagem", *Escola Superior de Enfermagem Fernanda Resende*, vol.1, nº2, 1ºsemestre, 20-23.
- CANÁRIO, R (1999) *Educação de Adultos um Campo e uma Problemática*, Coimbra, Educa- Formação.

CARNEIRO, M G N (1988) "Formação Permanente em Enfermagem- Contribuição para a sua História", *Enfermagem*, Lisboa, 4 (2/3), Abril/Setembro, 31-36.

CARNEIRO, M. N.. F (1998) *O Signo de Lucina: Contextos de Institucionalização e formação das parteiras*, Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, sob orientação do Professor Doutor José Alberto Correia, Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

CARRÉ,P. (1992) *L'autoformation dans la formation professionnelle*, Paris, La Documentation Française (trad. Manyuela Terrasêca e Natércia Pacheco, texto policopiado, 25p).

CARVALHO, M.^a Manuela Montezuma de (1996) *A Enfermagem e o Humanismo*, Edições Lusociência.

COLLIÉRE, Marie- Françoise (1989) *Promover a vida*, Lisboa, SEP.

CORREIA, J A (s/d) *O Método Autobiográfico na Formação em contexto Prisional*, (Texto policopiado, 10p)

CORREIA, J.A (1996) *Sociologia da educação Tecnológica*, Lisboa, Universidade Aberta, 104.

CORREIA, JA (1997) «Formação e Trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação" in CANÁRIO, R. (org.) *Formação e Situações de Trabalho*, Porto Editora, 13-42.

CORREIA, J.A . (1998) "Conferência de abertura do 1º Congresso das Licenciaturas em Ciências da Educação", *Actas do 1º Congresso das Licenciaturas em Ciências da Educação*. Santa Maria da Feira, 15-28.

CORREIA, J A; MATOS,M S (1996) "Contributos para a produção de uma Epistemologia das práticas formativas: análise de uma intervenção no domínio da Saúde Comunitária", *Educação de Adultos em Portugal- Situações e Perspectivas Actas*, Coimbra, 333-346.

DE BRUYNE,P., HERMAN,J., SCHOUTHEETE, M. (1991) *Dinâmica da pesquisa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora.

DEMAILLY, Lise (1995) " Modelos de Formação Contínua e Estratégias de Mudança" in NÓVOA, A (org.) *Os Professores e a sua Formação*, Lisboa, D. Quixote,139-158.

DUBOST, J (1983) Os critérios da Investigação/acção, *Pour n°90*, 17-21 (texto policopiado, 8p).

FERREIRA, F. A . (1990) *História de Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GRAÇA, L (1999) *História da Saúde no trabalho: 3. O Período de 1926-1974: A Modernização Bloqueada. 3.1. Nacionalismo e Corporativismo (1926-1958)* (On-line) <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos30.html>

GRAÇA, L. (2000, a) *Representações sociais da saúde, da doença e dos praticantes da arte médica nos Provérbios em língua portuguesa. Parte IV: "não provam bem as senhoras que se metem a doutoras* (On-line) <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos 76.html>. 18/01/2003

GRAÇA, L. (2000,b) *Evolução do Sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica (VI Parte), Portugal: o sistema profissional liberal (1867-1971)* (On-line) <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos 89.html>. 18/01/2003

GRAÇA, L. (2000, c) *Remuneração dos médicos até séc. XIX* (On-line) <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos 61.html>. 18/01/2003

GRAÇA, L. (2000, d) *Profissões de Saúde: Especialização técnica, diferenciação social* (On-line) <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos105.html>. 18/01/2003

GRAÇA, L. (2000,e) *Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica (VIII Parte), Portugal: sistema técnico (desde 1971)*(On-line) <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos91.html>). 18/01/2003

GRAÇA, L. (2002) *Ethel Fenwick: o combate pela profissionalização da enfermagem na Grã-Bretanha e no resto do mundo* (On-line) <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos141.html>. 18/01/2003

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A . I. (2000,a) *Proto-história da Enfermagem em Portugal. I Parte* (On-line) <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos64.html>. 18/01/2003.

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A . I (2000,b) *Evolução da Prática e do Ensino da Enfermagem em Portugal* (On-line) <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos62.html>). 18/01/2003

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A . I. (2000,c) *Florence Nightingale e Ethel Fenwick : Da ocupação à profissão de Enfermagem* (On-line) <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos63.html>. 18/01/2003

GIUST-DESPRAIRES F., HANS D. (1996)«Les enjeux actuels de l'intervention psychologique dans les milieux de formation», *Education Permanente*, nº127-2, 127-169.

JONNAERT, Philippe (1996) *De L'intention au projet*, Bruxelles: De Boeck Université, 94-95.

KÄPPELI, Anne-Marie (1991) «Cenas Feministas» in DUBY, G. ,PERROT, M. (org.) *História das Mulheres no Ocidente - O Século XIX*, Livro 4, Edições Afrontamento, p.541-575.

KETELE, J.DE, ROEGIERS, X (1999) *Metodologia da recolha de dados- Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudos de Documentos*, Lisboa, Instituto Piaget.

LESNE, Marcel (1984) *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

LESSARD- HERBERT,M, GOYETTE, G,BOUTIN, G (1994) *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*, Lisboa: Instituto Piaget.

LOBROT, M(1973) *A Pedagogia Institucional*, Lisboa, Iniciativas Editoriais, Cap. IX, 413-451.

LOFF, Ana M. (2003) "Avaliação de níveis de Stress em Enfermagem", *Sinais Vitais*, Janeiro, nº46, p.13-15.

MANSO, Ana (1999) "A formação e o seu paradigma na saúde no virar do século", *Estruturas da Formação*, Gaia.

MENDES, JPA (1998) "Para lá da secretária... Alguns obstáculos à formação contínua de enfermeiros", *Enfermagem em Foco, Sindicato de Enfermeiros Portugueses*, Ano VIII, especial Julho, 13-17.

NOGUEIRA, Manuel (1990) *História da Enfermagem*, Edições Salesianas, Porto.

NÓVOA, A .(1988) A Formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projecto Prosalus, NÓVOA, A , FINGER, M . (orgs) *O método (auto)biográfico e a formação*, Cadernos de Formação 1, Março, Lisboa: Ministério da Saúde, 109-130.

NÓVOA,A (1992) "Formação de professores docente", NÓVOA, A (org.) *Os Professores e a sua Formação*, D. Quixote, Instituto de Inovação Educacional, Lisboa, 15-35.

NUNES, L.R.M,(1995) "Formação Contínua e Investigação realidade e/ou utopia", *Enfermagem em Foco- Sindicato de Enfermeiros Portugueses*, Ano V- Especial Dezembro, 25-30.

PIN, Yasmine (1996) *Análise das necessidades de formação dos professores*, Conferência do Colóquio ADMEE (texto policopiado, 12p).

PINEAU, G (1988) " A Autoformação no decurso da vida: entre a Hetero e a Ecoformação" in NÓVOA,A , FINGER, M (org.) *O método (auto)biográfico e a formação*, Cadernos de Formação nº1, Março, Lisboa:Ministério da Saúde,63-78.

PORTUGAL, Administração Regional de Saúde (1996) *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*, Setembro.

POUPART, Jean (1881) «La méthodologie qualitative en sciences humaines:une approche à redécouvrir» *Apprentissage et socialisation*, vol.4, nº1, 41-47.

ROPER, N, LOGAN, W.W., TIERNEY, A ., J.(1995) *Modelo de Enfermagem*, McGraw-Hill, Alfragide, 3ªedição, 12-41.

SERRUYS, JW (1976) *Iniciação à Dinâmica de Grupos*, Bruxelles, Editions Vie Ouvrière.

SCHÖN, DA(1995) "Formar Professores como profissionais reflexivos", in NÓVOA, A (org.) *Os Professores e a sua Formação*, Lisboa: D.Quixote/IIIE, 77-91.

SCHON, DA (1995,a) *The Reflective how professionals think in action*, Arena.

SINDICATO DOS ENFERMEIROS(1999) "A Enfermagem e o papel das organizações profissionais" in *Enfermagem em Foco- Revista do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*, Ano IX- AG/Out., nº36- Cap. IV

SOARES, M. L (1997) *Da blusa de Brim à touca Branca*, Lisboa, Educa.

THÉBAUD, Françoise (1991) "A Grande Guerra- o triunfo da divisão sexual"
DUBY, G, PERROT, M (org.) "*História das Mulheres no Ocidente- séc. XX*",
Edições Afrontamento, Livro 5., 33-51

VALA, J (1986) "A Análise de Conteúdo" in PINTO, J. M. S, Santos, A (org.)
Metodologia das Ciências da Educação, Porto, Edições Afrontamento, cap.IV,
101-128.

VANCRAYENEST, A .,(1990) "A escrita descritiva das práticas educativas como
instrumento de mudança", *Pratiques de formation*, nº20, Dezembro, 45-66
(Trad: Manuela Terrasêca e Natércia Pacheco, Texto policopiado 10p).

VEIGA, M A P F; DUARTE, M D L; GÂNDARA, M M (1995) "Que Futuro para a
Formação Permanente dos Enfermeiros?", *Enfermagem em Foco, Sindicato
Enfermeiros Portugueses*, Ano V, Agosto/Outubro, nº20, 35-39.

ZEICHNER, K. (1995) "Novos caminhos para o practicum: uma perspectiva
para os anos 90" in NÓVOA A (org.) *Os Professores e a sua Formação*, Lisboa:
D. Quixote/IIIE, 115-138.

A Formação em serviço/instituição- problema com resolução",
<http://enfermagemlivreclix.pt/proposta.htm> 2/06/2001

LEGISLAÇÃO

DECRETO-LEI Nº437/91- Diário da República I Série A de 8/11/1991- Regime
Legal da Carreira de Enfermagem.

DECRETO-LEI Nº161/96-Diário da República I série A nº205 de 4/09/1996-
Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

DECRETO- LEI Nº104/98, Diário da República- I Serie-a nº93 de 21/04/1998-
Ordem de Enfermeiros e Aprovação do Estatuto.

BOLETIM INFORMATIVO nº 65/99, 25/02/99.

DECRETO-LEI Nº 353/99, Diário da República-I Serie-a, de 3/9/1999-
Regulamento do Ensino de Enfermagem.

DECRETO-LEI Nº 174/2001,Diário da República- I Série-A, nº126 de
31/05/2001- Alarga o crédito anual concedido para autoformação aos
funcionários e agentes da Administração Pública.

ANEXOS

ANEXO 1

**Quadro nº 1 – Actividades de vida diária, segundo o Modelo Teórico
de Nancy Roper**

QUADRO Nº 1 - ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA SEGUNDO O MODELO TEÓRICO DE NANCY ROPER

ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	CARACTERÍSTICAS
Manutenção de um ambiente seguro	..acções para manter um ambiente seguro, ..muitas actividades são desempenhadas com este único objectivo (rotina), realizam-se quase sem um esforço consciente.
Comunicação	..comunicação com outras pessoas, ..utilização de linguagem verbal, informação através das expressões faciais e expressão corporal, ..actividade comunicar promove uma área de interacção interpessoal e relacionamento humano.
Respiração	..executado inconscientemente, até que alguma circunstância anormal force a sua atenção, ..lesões irreversíveis das células cerebrais quando se priva o cérebro de oxigénio, ..todas as actividades estão dependentes desta.
Alimentação	..essencial, ..consome tempo (tempo passado às refeições, alimentação em si própria tem de ser procurada e preparada), ..forma como as refeições são tomadas, os alimentos e as bebidas seleccionados, reflectem a influência dos factores socioculturais.
Eliminação	..urinária e fecal são realizadas em privado.
Higiene pessoal e vestuário	..responsabilidade social para garantir a limpeza do corpo e da roupa, ..vestuário: função de protecção do corpo, aspectos da cultura e tradição, associações sexuais, meio de comunicação não-verbal.
Controlo da temperatura do corpo	..manter temperatura corporal a um nível constante, independentemente do grau de frio ou calor do ambiente, ..actividades deliberadas para evitar os riscos e mal-estar do calor ou do frio (ventilação do ambiente, quantidade e tipo de roupa, regulando a quantidade de actividade física).
Mobilidade	..movimento produzido por grupos de grandes músculos: posição ortostática, sentar, andar, correr. Por grupos de pequenos músculos: destreza manual ou em expressões faciais, gestos manuais e maneirismos, todos fazem parte de uma comunicação não-verbal.
Trabalho e lazer	..trabalho favorece um rendimento, pelo qual os custos essenciais são pagos, as actividades de lazer são financiadas, ..actividades de trabalho e lazer podem ter significados diferentes para indivíduos diferentes, ..o sentido de fazer parte de grupos de trabalho e lazer, as satisfações do desafio e sucesso e a prevenção do tédio, ..lazer e trabalho podem ser vistos com efeitos negativos e positivos sobre a saúde pessoal e bem-estar.
Expressão da sexualidade	..importante nas relações do adulto e essencial para a continuação da raça humana, ..sexualidade individual é determinada na concepção e através das etapas de vida, ..dimensão importante da personalidade e do comportamento.
Sono	..períodos de alternância entre actividade e sono, ..ritmo de 24h de vigília e sono, ..crescimento e reparação das células acontece durante o sono, ..sem um período de sono adequado as pessoas sofrem de mal-estar e descompensação e uma variedade de doenças resultam de privação aumentada de sono.
Morte	..actividades de vida param.

(com base em Roper et al 1995:12-41)

ANEXO 2

**Quadro nº 2 – Evolução da Enfermagem na perspectiva das
práticas e da formação**

QUADRO Nº 2 - EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DAS PRÁTICAS E DA FORMAÇÃO

	PERFIL DOS CUIDADORES	CUIDADOS	FORMAÇÃO DOS CUIDADORES	DEFINIÇÃO DA ENFERMAGEM	POLITICA
Período que antecede 1140	..Ordem religiosa e militar. ..designação : enfermeiros maiores e enfermeiros menores, hospitaleira e hospitaleiros, irmãos e irmãs, religiosos, religiosas, enfermeiros, servos ou simplesmente mulheres.	..aplicação de banhos, de compressas, de ventosas e de remédios. ..aplicação de cataplasmas e emplastros. ..aplicação de banhos, de ritos e de abluções			..Romanos : medidas de Saúde Pública. ..séc.I d.c. : construção de albergues e hospícios com direcção de sacerdotes ou monges. ..séc.XI e XII : movimento das cruzadas. Fundações e organizações hospitalares.
1140-1495	..parteiras, aparadeiras, cristaleiras e cristaleiros. ..apenas trate dos doentes com muita paciência, diligência e caridade. ..seja mulher ou homem caridoso, e de boa condição e sem escândalo.	..cristaleiros(as) - tarefas de ministrar clisteres (ou purgas), alcinha "Seringas". ..enfermeira religiosa ou laica, fora do contexto hospitalar emparceirando com outros praticantes de artes médicas, pululavam pelas cidades e aldeias. ..enfermeiros menores : cuidados de higiene e limpeza. ..conteúdo funcional : cuidados básicos a ministrar aos doentes, tarefas de limpeza e higiene das enfermarias.	..mulher escolhida entre o pessoal de enfermagem e/ou mulheres domésticas de classe alta (falta de qualificação e negligência). ..não domina uma técnica ou um saber-fazer específico.	..a enfermagem não é um ofício ou arte. ..não necessita de autorização do físico-mor ou cirurgião-mor para o exercício.	..séc.XIII : movimento das cruzadas. Fundações e organizações hospitalares. Reforma das antigas Ordens de Monges. ..Independência Nacional até aos Descobrimentos : 1º não existia instituições individuais ou colectivas organizadas para fins assistenciais, 2º criação de instituições locais caritativas com intervenção régia, municípios e outras entidades profanas e religiosas, 3º diferenciação funcional dos serviços criados.

PERFIL DOS CUIDADORES	CUIDADOS	FORMAÇÃO DOS CUIDADORES	DEFINIÇÃO DA ENFERMAGEM	POLÍTICA
Do séc.XVI até séc.XIX	<ul style="list-style-type: none"> ..enfermagem mantém-se nas mãos religiosas(os). ..sofrimento superior ao do doente, por não poder aliviá-lo. ..assistia à missa. ..remuneração inferior aos médicos e capelão. ..estatuto das mulheres inferior ao dos homens (factor hierárquico e sexual). ..pequena distinção entre serventes e enfermeiros. 	<ul style="list-style-type: none"> ..aplicação de medicamentos (subcutâneos) mediante prescrição médica ou cirúrgico. ..tratamentos : suadouros, clisteres e purgantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ..acumulação de actividades espirituais e as próprias da enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ..Misericórdias tomam a responsabilidade na administração dos hospitais.
Séc. XIX	<ul style="list-style-type: none"> ..remuneração baixa. ..diferenciação da enfermagem hospitalar (pobres) da privada (ricos). ..enfermeira é vista como uma subordinada(o) do médico (ajudante hospitalar ou assistente de leito na clínica privada). 	<ul style="list-style-type: none"> ..abusos praticados pelas enfermeiras e ajudantes. ..cuidados de enfermagem no domicílio : homens e mulheres habilitados com alguma tarímba hospitalar mas sem qualquer formação específica. 	<ul style="list-style-type: none"> ..ganha alguma especificidade e visibilidade. ..não é uma classe profissional. ..a enfermagem é constituída por actividades que não se distinguem de hábitos de vida quotidiana, apropriando dos saberes médicos, combinando esses contributos com as técnicas de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ..1ª metade do séc.XIX os religiosos foram expulsos e a enfermagem degradou-se. ..a 1ª escola de enfermagem em 1881. ..laicização do pessoal hospitalar. ..as últimas décadas deste séc.surge a industrialização e emergência de uma classe operária e uma organização dos serviços : o serviço médico da fábrica e o serviço de saúde do trabalho.

PERFIL DOS CUIDADORES	CUIDADOS	FORMAÇÃO DOS CUIDADORES	DEFINIÇÃO DA ENFERMAGEM	POLÍTICA
Princípio do Séc.XX	<ul style="list-style-type: none">..os deveres e qualidades que a enfermeira/o deve apresentar :obediência ao médico e aos superiores,qualidades morais como honestidade, bondade e dedicação...remuneração baixa.	<ul style="list-style-type: none">..confiados os cuidados de custódia dos doentes internados e tarefas praticamente indiferenciadas...trabalho árduo.	<ul style="list-style-type: none">..não existe enfermagem de Saúde Pública...a moderna enfermagem surgiu devido à necessidade que os médicos sentiram de terem assistentes clinicamente melhor qualificadas. Não foi um projecto de auto-reforma...o desempenho das enfermeiras durante a guerra permitiu o prestígio e reconhecimento geral...afirmação profissional é difícil devido a quatro factores : diversidade de origem social, uma moral de devotamento e abnegação inculcadas com perseverança, a formação deficiente e condições de trabalho penosas.	<ul style="list-style-type: none">..surgiu a Direcção Geral da Saúde...em rigor surge a 1ª Escola Profissional de Enfermagem em 1901...o Estado intervém no ensino de enfermagem...em 1916 começam a regressar as Ordens a Portugal...Regime Geral da Previdência ...intervenção dos Sindicatos, das Federações e Grémios Patronais.
Metade do Séc. (1940-1965)	<ul style="list-style-type: none">..surge o Estatuto de Auxiliares de Enfermagem (1947)...à enfermeira/o é reservado o papel de auxiliar do médico.	<ul style="list-style-type: none">..enfermeira/o executa as tarefas essenciais prescritas pelo médico em que a margem de iniciativa é definida e controlada...não houve a preocupação de definir as competências das/os enfermeiras/os e das auxiliares...as/os auxiliares (em nº superior) na prática substituíam as/os enfermeiras/os nos hospitais e nos Serviços-Médicos.	<ul style="list-style-type: none">..hospital um local de aprendizagem, onde se descodifica o que se espera da/o enfermeira/o e o seu posicionamento em relação aos outros..ensino em Congregações (um curso de três anos com disciplinas de higiene mental, psicologia e sociologia) reconhecido com a presença de um delegado do Ministério nos exames finais...a Escola Técnica de Enfermeiros (1940)-curso de três anos exigindo como habilitação mínima de acesso o 2º ciclo (o antigo 5º ano dos liceus)	<ul style="list-style-type: none">..proibição do casamento às enfermeiras...as/os auxiliares surgiram para melhorar o rendimento hospitalar, pois era necessário mão de obra barata e adequadamente preparada ...Saúde : caritativo-corporativista...1946 - Federação das Caixas de Previdência..o Estado intervém no ensino de enfermagem.

PERFIL DOS CUIDADORES	CUIDADOS	FORMAÇÃO DOS CUIDADORES	DEFINIÇÃO DA ENFERMAGEM	POLÍTICA
<p>Metade do Séc. (1940-1965) continuação</p>		<p>ou actual 3º ciclo do ensino básico).</p> <p>..1947 - habilitações mínimas de acesso ao Curso Ordinário (um ano) ou Curso Completo (dois anos) é a instrução primária. Regime de internato dando preferência a mulheres. O ensino é dirigido e realizado por médicos.</p> <p>..1952 - Curso Geral (habilitação de acesso 1º ciclo liceal, curso com duração de três anos), Curso Auxiliares de Enfermagem (habilitação de acesso instrução primária, curso com duração de um ano + seis meses de estágio) e o Curso Complementar (habilitação de acesso 2º ciclo liceal, além do Curso de Enfermagem Geral e prática profissional de um ano).</p> <p>..ensino ministrado nas Escolas dotadas de autonomia técnica e administrativa com formação de monitoras, de aulas teóricas, de práticas, de estágios e de frequência obrigatória.</p> <p>..obrigatoriedade do Exame de Estado a realizar em Escola Oficial.</p>		
<p>1965-1971</p>		<p>..criação do Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem, com duração de 20 meses sem efeitos práticos.</p> <p>..Curso Geral com duração de três anos e com habilitações mínimas de acesso o 2º ciclo liceal ou equivalente, com uma formação mais equilibrada e polivalente baseada numa pedagogia activa e participativa</p>	<p>..carreiras profissionais em 1968 : enfermagem pertence ao tipo dois que identifica os profissionais com habilitação técnica devidamente titulado</p>	<p>..Movimento reivindicativo sobre o estatuto de Auxiliares de Enfermagem.</p>

	PERFIL DOS CUIDADORES	CUIDADOS	FORMAÇÃO DOS CUIDADORES	DEFINIÇÃO DA ENFERMAGEM	POLÍTICA
1971-1974	..Auxiliares com três anos de serviço no mínimo, foram promovidos ou integrados na carreira de enfermagem (como enfermeiras de 3ª classe).		..Curso de Auxiliares de Enfermagem foi extinto.		..o Direito à Saúde é reconhecido em 1971. ..os profissionais de saúde das Caixas de Previdência podem ingressar nas adequadas carreiras profissionais de saúde, directamente nos graus que se mostram habilitados, mediante o preenchimento dos requisitos exigidos no diploma aplicável.
1974 até hoje	..enfermeiro/a é o profissional com o Curso de Enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional (cédula profissional emitida pela Ordem dos Enfermeiros), que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária, utilizando método científico baseado em modelos teóricos de enfermagem.	..cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. Três áreas de actuação : gestão, formação, assessoria e contributos na investigação em enfermagem.	..Curso Geral de três anos de duração com formação básica de polivalente, leccionado por enfermeiros(as) docentes e de frequência obrigatória. ..extinção dos Exames de Estado. ..1988 - intergração no Ensino Superior Politécnico, com acesso a diferentes graus académicos : Grau Bacharel, e Grau de Licenciado através do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem. ..1991 - intergração no Ensino Superior Politécnico sob a tutela do Ministério da Educação e da Saúde. ..1999 - Curso de Licenciatura em Enfermagem, o Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem e Curso de Complemento de Formação.	..enfermagem é a profissão que na área de saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ou longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível.	..1974-1975 - as Escolas de Enfermagem, os Sindicatos de Enfermagem e Associações Portuguesas de Enfermagem organizaram um trabalho de alteração do Curso de Enfermagem. ..1990 - Reforma da Lei de Bases de Saúde. ..1996 - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. ..1998 - Ordem dos Enfermeiros, associação profissional de direito público.

ANEXO 3

Quadro nº 3 – Estruturação do Centro de Formação e Aperfeiçoamento do Pessoal

QUADRO Nº 3 - ESTRUTURAÇÃO DO CENTRO DE FORMAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DO PESSOAL

Estruturação	<p>1977- criou-se o DEPE (Departamento de Educação Permanente de Enfermeiros/as) no hospital, mono profissional, dirigido exclusivamente a enfermeiros/as (P.16).</p> <p>... toda a formação que foi realizada em 77,78,79,80,81, a partir de 81 é que se criaram, houve um despacho que atribuiu aos DEP's idoneidade, um despacho. Daí que, ainda hoje, quando os/as enfermeiros/as querem pedir a sua equivalência ao bacharelato, e tenha que apresentar os pontos para lhe ser atribuído esse grau académico, nós passamos uma declaração, passa uma declaração o Conselho de Administração, em como aquela formação realizada em 77, 78,79,80,81, era formação reconhecida por aquele tal despacho que reconhecia a nossa entidade formadora com idoneidade para fazer formação e só aí, é que é considerada o despacho (P.17).</p> <p>1988- criado o Centro de Formação, multiprofissional, mas o DEPE continuou a ser um bocado dividido, então existia aqui um senhor administrativo que tinha a seu encargo a formação dos administrativos e então mantinha-se o antigo DEP, já sem "E", Departamento de Educação Permanente, com a formação dos/as enfermeiros/as e dos auxiliares de acção médica (P.17).</p> <p>1989. começou a realizar-se formação multiprofissional (P.17).</p> <p>1997, 1998- acreditação da estrutura de formação, então passou mesmo a ser multiprofissional, a abranger a formação contínua dos profissionais do hospital (P.17).</p> <p>1998- passou a ser Centro de Formação de Aperfeiçoamento de Pessoal e foi a partir daí que se desligou a Formação em Serviço dos/as enfermeiros/as do Centro de Formação (P.17).</p> <p>Anterior 1999- era responsável da formação pluriprofissional do hospital, uma/um enfermeira/o. E o centro de formação era gerido por enfermeiros/as quase exclusivamente (P.2).</p> <p>A partir de 1999- quando se reestruturou o centro de formação em que se passou a ser sempre de formação e aperfeiçoamento e passou a ter uma composição orgânica diferente do que tinha (P.2).</p> <p>... passou a existir nele centro,..., uma comissão executiva composta por... e conforme regulamento, por uma administradora hospitalar que era coordenadora da formação, por um elemento a tempo inteiro e por um médico a tempo parcial (P.2).</p> <p>Neste momento, o coordenador é um técnico superior de saúde, mantém a/o enfermeira/o a tempo inteiro e um médico a tempo parcial (P.2).</p> <p>Depois, para além deste órgão, há, o Conselho de Formação. O Conselho de Formação é um órgão essencialmente consultivo do Conselho de Administração e dá apoio à Comissão executiva,..., é composto por um elemento de cada sector profissional,... (P.2).</p> <p>..., mas em assessoria ao CFAP, Núcleos de Formação,... representam o sector profissional,... cujo conjunto de elementos, e cujo horário, é da competência das direcções técnicas, organização... tem como função, colaborar na elaboração do plano de actividades do CFAP (P.3) ... elaboram o plano de formação anual ... (P.3).</p> <p>..., a estrutura orgânica do Centro de Formação, não contemplou mais esta articulação com a Formação em Serviço, neste momento do hospital (P.3).</p> <p>O Núcleo de Formação é constituído por cinco enfermeiros/as especialistas das diferentes áreas da especialidade,... portanto da infecção hospitalar (P.4).</p> <p>O Conselho de Administração é a entidade responsável por todos ..., portanto nós quando nos submetemos a um quadro comunitário, aos seus apoios financeiros quem faz é o hospital através do Conselho de Administração, embora sejamos nós elaborar (P.17).</p>
--------------	--

Diagnóstico das Necessidades	<p>... estes núcleos apoiam a Comissão Executiva, portanto toda a formação tem que ter um diagnóstico de necessidades, tem que ter um estabelecimento de prioridades, tem que ter a elaboração de um plano,... tem que executar a formação. Estes núcleos identificam as necessidades do seu sector profissional, elaboram propostas e propõem ao CFAP,....., seja integrada no plano anual do CFAP (P.3).</p> <p>Diagnóstico das necessidades de formação é feito por audiências que cada enfermeiro faz no seu sector. ... Depois temos ainda, audiências com os enfermeiros chefes. Para conhecer as suas motivações, as suas necessidades de formação. Também, temos reuniões com a enfermeira directora, que aliás o plano é elaborado, e é portanto é submetido à aprovação da enfermeira directora, antes de ser entregue à Comissão Executiva (P.5).</p> <p>Nós, por vezes núcleo, analisamos esta formação e verificamos por exemplo, que muitos serviços. Programa informação,..... Nós,... vamos certificar-nos desses problemas, junto do enfermeiro chefe, falando com eles, e foi o caso por exemplo o ano passado integrar-mos em formação era avaliação para enfermeiros avaliados, que o ano passado fizemos só para um grupo, só para uma acção, por questões de organização e planeamento, porque tínhamos muitas formações, mas este ano estamos a concorrer para alargar essa formação para um número maior de enfermeiros... (P.5)</p> <p>Estou-me a lembrar por exemplo os planos de formação pedem muito, portanto fazem muita formação nos serviços a pedirem a mesma, terem o mesmo problema, que é um problema de enfermagem, então vamos testar junto dos serviços se é de facto um problema de enfermagem e o núcleo toma em consideração e propõe à Comissão Executiva, que pode ser aceite ou pode não ser aceite, que é o caso (P.6).</p>
------------------------------	---

(com base na entrevista A)

ANEXO 4

Quadro nº 4 – Folhas de registo de Actividades de Enfermagem

QUADRO Nº 4 - FOLHAS DE REGISTO DE ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM

FOLHA	CARACTERISTICAS	UTILIDADE
Admissão	<p>..implementada pelo hospital após elaboração por uma comissão específica,</p> <p>..informação geral: identificação do doente, data de admissão, contacto da pessoa que lhe é mais próximo, acesso no hospital e de que forma.</p> <p>..história clínica: identificação de alergias, hábitos tabágicos, alcoólicos e outras drogas e medicação no ambulatório.</p> <p>..situação actual do doente: avaliação de sinais vitais, integridade da pele, alteração neurossensorial e neuromuscular, respiração, alimentação, eliminação vesical e intestinal, mobilização, sono/repouso, comunicação, alívio do sofrimento, auto-estima e valores/crença.</p>	..preenchida na admissão do doente.
Plano de Intervenção	<p>..de acordo com a análise dos dados da folha de admissão, patologia e ordens médicas,</p> <p>..na primeira página: identificação do doente e 4 colunas. A primeira coluna consiste na data do início da identificação do problema; na segunda, identificação do problema que surge após a avaliação inicial do doente e com apoio ao modelo de Nancy Roper; na terceira identifica-se as actividades da equipa de enfermagem para colmatar o problema; na última coluna coloca-se a data do término ou alteração do problema,</p> <p>..na segunda página: 3 colunas. A primeira referente à data de início da acção interdependente; segunda coluna é referente à acção interdependente (prescrições médicas em relação aos cuidados (pesquisas de glicémia, balanço hídrico, sinais vitais); a última coluna é o término da acção interdependente.</p>	<p>..no início do internamento,</p> <p>..revista de acordo com as alterações dos problemas identificados.</p>
Exames	..marcação dos exames e dos respectivos cuidados.	..marcação de exames.
Análises	..identificar que tipos de colheita de sangue, urina e outros.	..quando colheita de espécimens.
Administração de medicamentos	..identificação da medicação, horário, dosagem de cada doente, encontra-se numa capa "cardex" junto aos carros e medicação.	..todos os turnos.
Gráficos de TPR (temperatura, pulso,	<p>..registo dos sinais vitais do doente,</p> <p>..encontra-se nos pés da cama do doente.</p>	..duas vezes por dia (noite e tarde).
Notas de enfermagem	<p>..anotar acontecimentos ou estados do doente</p> <p>que não são possíveis registar noutras folhas.</p>	..todos os turnos.
Folhas de drenagem, balanço hídrico, glicémia	<p>..encontram-se junto ao doente,</p> <p>..permite medição de fluidos ingeridos, excretados e valores de glicose sanguíneos.</p>	..de acordo com prescrição médica.

FOLHA	CARACTERÍSTICAS	UTILIDADE
Registo de acidentes	..tipo de ocorrência, ..resultado e atitudes tomadas, ..assinada pelo médico e enfermeiro/a, ..enviada à Comissão de Qualidade.	..quando um doente tem uma queda ou outro acidente.
Registo de úlceras de pressão	..identifica o tipo e localização das úlceras de pressão no doente, causadas noutro hospital, casa/lar ou outro serviço do mesmo hospital, ..assinado pelo/a enfermeiro/a que identificou e o/a enfermeiro/a chefe.	..quando existe úlceras de pressão.
Requisição de material para úlceras de pressão	..identificação das úlceras: tamanho, localização e produção de odor, ..requisição de material de acordo com a ulcera e estipulado pelo hospital.	..necessidade de material para penso.
Carta de transferência de enfermagem	..é constituída por diagnóstico de entrada e saída, nível de consciência, higiene e conforto, integridade cutânea, respiração, alimentação, eliminação vesical e intestinal, mobilização e locomoção, resposta verbal, incapacidade residual, terapêutica/tratamento e outras informações.	..quando os doentes são transferidos para outro hospital/serviço ou alta.
Plano de trabalho	..identificação das diferentes unidades e dos respectivos responsáveis nos diferentes turnos, ..selecção do/a enfermeiro/a responsável pela esterilização e de turno, ..preenchida pela/o enfermeira/o chefe, especialista ou responsável do turno da noite.	..diário.

(com base na recolha de material)

ANEXO 5

Grelhas de Análise sobre a Organização da Formação em Serviço

EIXO- ORGANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO

CATEGORIA- DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
QUEM REALIZA	<i>As necessidades são identificadas pelo serviço, por um elemento que tenha a responsabilidade da formação que é o enfermeiro chefe e aquele é o responsável pela realização e também, portanto pelo planeamento da formação, que é um especialista, no caso não existir um especialista, é um graduado (A:7)</i>
INSTRUMENTOS UTILIZADOS	<p><i>O plano, foi feito com base num questionário que foi lançado à equipa de enfermagem, onde se fizeram algumas propostas de temas diversos (B:1)... o questionário continha uma pergunta onde os colegas referiam outras acções de formação, para além daquelas, que outras achariam importante ver tratadas este ano (B:2)... elaboramos um questionariozinho que entregamos a todos os enfermeiros,..., é feito no início do ano. Normalmente no princípio do ano ou no final de cada ano, é entregue o questionário aos enfermeiros para eles pensarem nas dificuldades que têm, tudo relacionado com o serviço em termos de formação, onde é que acham que há mais dificuldades, as áreas, e depois no questionário pede-se sugestões, o que é que gostaria que fosse mais reforçado em termos de prestação de cuidados, de funcionamento e de organização (C:1). o diagnóstico das necessidades pode ser realizado por diferentes formas através do brainstorming e da grelha de observação. O brainstorming deveria ser realizado por pequenos grupos e elegiam um porta-voz.</i></p> <p><i>Estes porta-voz devem-se reunir e entrarem de acordo em relação às necessidades de cada grupo (36). Uma forma de identificar as necessidades é pela avaliação dos cuidados. A avaliação é feita directamente,..., não sei nenhuma escala de observação, tem a ver só a observação directa que tenho visto,..., também a observação feita pela enfermeira chefe,..., Para além de eu como enfermeira chefe vou observando dia a dia, também tem a enfermeira especialista que acompanha muito mais directamente os enfermeiros na prestação de cuidados (C:2) ... mesmo não tendo uma grelha de observação, para justificar por A mais B que há falhas é uma das coisas onde nós apercebemos que há muitas falhas (B:2), ... alguns deles tenham mais dificuldades, que tem a ver com o posicionamento do doente, da forma como às vezes são posicionados na cama ou na cadeira, aqueles pequenos toques que se dão, que ajudam a melhorar, que ajudam na recuperação, quer no aspecto com que eles ficam, no conforto que lhes dá, estarem posicionados de uma ou de outra forma, estarem melhor ou menos bem posicionados... (B:10), ... e de alguns registos de enfermagem que fazem também (B:3), ... às vezes mesmo em relação ao registo de enfermagem, consulto as notas de enfermagem, registos que há feitos pelos enfermeiros (C:2)... até observação também em termos de registo de enfermagem sobre algumas coisas,... (C:2), o tipo de linguagem utilizada com o doente (B:9), atitude que se tem perante o doente quando estamos a prestar-lhes cuidados, é o respeito pela privacidade desse doente, a questão do fechar a cortina é um dos exemplos (B:9), Mesmo a questão do trabalho individual(B:12), ... as alterações de terapêutica,..., raramente são feitas pelo elemento que está responsável por aquela enfermaria, é um bocado pela hora a que elas são, em que as alterações são feitas, é um bocado por quem está livre naquele momento (B:12), tenta-se que sejam as pessoas responsáveis, tenta-se que seja não significa que seja</i></p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
INSTRUMENTOS UTILIZADOS	<p>continuação</p> <p>sempre assim (B:12), A preparação e administração tentamos que seja o colega que está responsável pela aquela enfermaria por x número de doentes, que prepara e administrar, faz-se um esforço nesse sentido, nem sempre isso acontece (B:12), ... é um método individual embora eles se ajudem, individual e de equipa porque os enfermeiros são em número reduzido,... (C:12), O método de trabalho gosto, não desgosto do método de trabalho só que o nosso é individual, gosto assim mas tem vantagens e desvantagens para algumas coisas acho que devia ser mais individual e noutros mais colectivos e interajuda entre colegas nos banhos acho que as pessoas deviam estar todas presentes, e ajudarem acho que em certos aspectos devia ser só pessoas que estivessem na sala para poderem controlar melhor e por exemplo acho que cada um devia ficar só com, ou na mesma sala para poder alterar tudo porque depois pode haver quem esteja nas observações e pode escapar sempre alguma coisa ou a colega não está na sala e pode haver falhas, que eu acho que há e se calhar nesses momentos acho que era importante individualizar mesmo na própria medicação, cada um dar a sua medicação aos seus doentes porque, para se calhar estar mais dentro do conhecimento daquilo que se está passar com o doente depois se calhar até dá mais curiosidade em saber, vou ver os processos vou ver o que está a decorrer eu acho que se calhar era melhor, eu acho que se calhar andamos um bocado mais despassarado nesta interajuda agora vou ali depois andamos mais despassarados e não estamos se calhar a dar mais qualidade aos nossos serviços, aos nossos doentes (D:6), Individual, para mim é o melhor. Porque existe um único elemento responsável, daquela sala, daquele doente. E se o acompanhar durante alguns turnos seguidos, não há dúvida nenhuma que à medida de busca, da pesquisa, notas e assim, vê-se que há um cuidado acima da norma (E:5), O João foi trabalhar,... Dividiu o turno, ele fazia registos e a Maria posicionava (60), a chefe refere que "são os enfermeiros responsáveis da sala é que indicam, todos os enfermeiros vão aprender a preencher as folhas (alimentação) (66), os colegas reconhecem que há que fazem menos bem (B:11), Entretanto, o João e mais uma enfermeira detectaram possíveis "problemas de cuidados" (não despejaram um saco de urina e o antibiótico estava no carro), questionando o enfermeiro (que está em integração), que deu indicação que administrou- o . Eles elucidaram o enfermeiro (17)</p>
ESCOLHAS DAS TEMÁTICAS	<p>... quando eu escolho (temáticas) tenho em vista a panorâmica que eu vejo dos colegas, aquilo que se passa no nosso trabalho, e a mim mesmo, aquilo que eu tenho mais necessidade de reter para mim própria. Se calhar eu sinto que até precisava saber mais alguma coisa porque ainda não sei tudo, por isso baseio-me um bocado nisso para escolher os temas e acho que os colegas também (D:2)</p>
NECESSIDADES IDENTIFICADAS	<p>A chefe actual diz que as normas estão desactualizadas e por isso vai fazer umas novas. Existe um armário, onde estão os trabalhos dos enfermeiros, estes encontram-se num canto no chão (6).</p> <p>Eu acho que aquilo (12 actividades de vida diária) já não faz sentido, aquilo é o que nós trazemos da escola, acho que aqui nós precisávamos de uma coisa mais actualizada, mais baseada no serviço. ... Aquilo é o que trazemos da escola, aquilo está ali para nada, ninguém nada aquilo (D:2) (registos de enfermagem) Isso surgiu de uma acção de formação de serviço. ... Há anos. Talvez há quinze anos. Os jovens recém admitidos têm feito a busca a apoiam-se muito nessa formação. Para te ser sincero aquilo já não me diz nada porque já sei mais ou menos, mais ou menos, aquilo de cor e salteado. Mas é de muito</p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
NECESSIDADES IDENTIFICADAS	<p>continuação</p> <p>interesse a existência dessa formação (E:5) .Acho importante (<i>integração de enfermeiros</i>), aliás acho que isso realmente era um ponto onde as pessoas podiam pegar e tinham muito para lhe dar se calhar, porque eu acho que nós aqui em termos, quando eu chego ao serviço não sei nada e fico muito tempo sem saber alguma coisa ou seja vou aprendendo eu própria não tenho ninguém que me chegue aqui e me ensine coisas que me diga isto é assim, porque aí está é a tal desorganização que há aqui começa por isso se tudo tivesse organizado com capas, com normas com isto tudo mais, porque realmente eles têm normas e tudo mas já são muito antigas, se calhar se actualizassem e se dessem uma visão mais actualizada das coisas e pegassem nisto, é isto que se passa, sei lá acho que nós neste momento não somos acolhidos numa forma que nos dê uma visão do serviço como deve ser acho que precisavam de ... (D:2)</p> <p>... Agora há uma rotatividade, tem havido uma rotatividade exagerada aqui neste serviço, e em todos os outros, talvez. E cada mês que passa sente-se a necessidade mesmo da acção de formação (E:2)</p>
RECURSOS MATERIAIS	<p>... temos almofadas, nem sempre com as medidas que às vezes seria necessário,... temos conseguido dar, com o mínimo acho eu, com o mínimo, às vezes lá há um dia ou outro que falha materiais, mais almofadas para posicionar ou às vezes algum material, isso é que às vezes temos mais dificuldades que é material de protecção, por exemplo para as almofadas antiescara, para encostar as almofadas às cadeiras, que temos em menor quantidade ou os colchões antiescara porque a semana deparamo-nos, normalmente nós temos quatro colchões antiescara no serviço, e quase sempre são os suficientes, mas por exemplo, a semana passada tínhamos os quatros ocupados e se tivéssemos mais dois, tínhamos dado muito jeito,... (B:10) , É evidente que os 33 não precisam do colchão antiescara. Mas quase metade precisava. Portanto isto parte da enfermagem um esforço extra, porque tem que haver uma vigilância sempre muito mais apertada em relação aos posicionamentos do doente, massajar, posiciona agora, depois não há horários estipulados, não se posiciona de quatro em quatro, ou de três em três, porque os doentes são diferentes (C:9), Temos alguma dificuldade em adquirir materiais para posicionamentos. ... ou seja, colchões antiescara. Temos um bocado de dificuldade porque mesmo colchões de pressão alterna não dão facilidades ao Serviço de Medicina (C:8)</p>
RECURSOS HUMANOS	<p>É assim, quer se queiram mudar as técnicas, quer se queria melhorar a prestação, quer o estado dos doentes, seja mais ou menos grave, que dependência dos doentes seja maior ou menor, é assim, nós</p> <p>temos cuidados com o número de enfermeiros que cá temos, independentemente de haver alturas em que as pessoas possam realmente gostar de cuidados de qualidade, porque há menos doentes acamados, ... mas se houver situações como tem havido em que temos 33 doentes, e 33 doentes só 8 ou 10 são dependentes ou semi-dependentes, o número de enfermeiros é exactamente o mesmo (C:8), Nós temos em média um enfermeiro para, de noite temos um enfermeiro para onze doentes, à tarde temos um enfermeiro para oito doentes, assim mais ou menos, sobra-nos um doente, digamos assim. E de manhã temos um enfermeiro para cinco doentes e meio (C:9), Portanto não há o suficiente para responder às necessidades (C:10),... eu acredito que nós temos falta de enfermeiros,..., mas temos fundamentalmente falta de auxiliares, porque há trabalho que o enfermeiro faz que não tem dever de o fazer,..., desde os telefones a tocar, as aparadeiras a colocar, desde levar os doentes à casa de banho, o que se houvesse auxiliares em número suficiente ajudaria o doente (C:10), o Marco</p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
RECURSOS HUMANOS	<i>continuação</i> <i>estava aborrecido, que não podia trabalhar, porque não tinha auxiliar para o ajudar para o ajudar (30). O João disse que antigamente havia mais auxiliares com funções definidas, umas faziam limpeza e outras acompanhavam o as poucas que ficaram têm que fazer limpeza e ajudar o enfermeiro (18)</i>
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO	<i>...porque nós temos os nossos horários para cumprir e portanto eles não têm horário para cumprir, portanto eles estão cá de manhã e os enfermeiros saem às duas e meia e depois no fim da manhã é que aparece tudo para fazer, de maneira que gastava muito o trabalho dos enfermeiros. Ainda não se conseguiu acertar numa forma de funcionar eficaz com os médicos, de maneira que nem um grupo profissional, nem o outro, interfira no trabalho de cada um que as pessoas respeitem um bocadinho o trabalho uns dos outros (C:10)</i>
ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO	<i>... tenho tentado insistir sobretudo com os colegas mais novos,..., levar o material para junto do doente, material de que necessitam para a prestação de cuidados, levá-lo de uma forma organizada,..., ..., isso passa por uma desorganização, não tem a ver com as pessoas não saberem, tem a ver é com alguma desorganização de trabalho que vão fazer, e sobretudo com os colegas mais novos, porque nesses, esses se calhar porque vêem fazer aos outros entram na mesma rotina (B:9), Acho que o serviço em si actualmente está um bocado desorganizado e então eles estão a calhar a começar por uma estrutura física, organizar fisicamente o serviço (D:1)</i>
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	<i>... uma lacuna bastante grande no nosso serviço é essa, o contacto, a forma como nós recebemos os familiares como comunicamos com eles, como pedimos a participação deles na prestação de cuidados ou não pedimos, normalmente optamos por não pedir... (B:9)</i>

EIXO- ORGANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO

CATEGORIA- PLANO DE DECISÃO

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
PLANO DE FORMAÇÃO	<p>Mas entretanto são elaborados os planos de formação em cada sector, que um exemplar é entregue à Direcção de Enfermagem,... mais propriamente ao enfermeiro supervisor da sua área, e ao enfermeiro do DEP (CFAP) que em colaboração e em delegação de funções da Direcção de Enfermagem, coordena a formação (A:4), Nós andamos com os prazos todos atrasados (existiu uma rotação de enfermeiros especialistas) ..., entretanto veio o ano passado se não estou enganada em Junho a enfermeira F, que também teve tempo para se adaptar ao serviço, para fazer minimamente e serviço, os doentes e os colegas e o plano de formação que devia ter sido entregue no final de Janeiro, foi entregue agora no final de Março (C:1), de haver necessidade de se ... o projecto que foi feito para a Formação em Serviço, está essencialmente só baseado em acções de formação que os colegas preparam sobre determinado tema ... (B:1), (o número de acções de formação) é de acordo com as necessidades e com as capacidades do serviço. Portanto nós não temos nem a nível de carreira, nem nada que estabeleça</p> <p>isso,... (B:4), ... as acções de formação aqui são protocolizadas, são coordenadas normalmente também em serviço (E:1), ... não há nenhuma obrigatoriedade no que se refere a número de acções de formação a fazer ao longo do ano, nós perspectivamos aqui, uma acção de formação por mês, aqui no serviço, tendo deixado o mês de Agosto livre, porque é o mês com mais dificuldade em termos, em fazermos outras actividades por causa da questão das férias, e depois está o mês com mais dificuldade em termos, em fazermos outras actividades por causa da questão das férias, e depois está o mês de Novembro e de Dezembro que não tem acção pré destinada pelo facto alterar alguma daquelas que já está programada (B:5), Depois marcam-se alguns dias, uma formação por mês (D:1)</p>
ESCOLHA DE TEMÁTICAS	<p>... porque esses temas não foram só propostos por mim e por ela, nomeadamente numa das acções de formação que se fez há dias e teve a ver com cuidados, com drenos torácicos, pronto uma das coisas em que se insistiu muito foi nos registos dos líquidos e nas lavagens (B:2), dentro daquilo que nos pareceu, tanto a mim, como à enfermeira chefe, que seriam assuntos importantes a serem mais aprofundados, onde os colegas deram opinião, avaliando, ou colocando..., por ordem de interesse, que encontravam de interesse daquelas acções de formação, para depois se elaborar o plano de acordo com essas prioridades que os colegas deram (B:1), Não o parecer final é sempre a enfermeira chefe, eu elaborei o projecto,..., quando fiz aquela proposta daquelas acções de formação, não o fiz sem que a enfermeira chefe tivesse dado a sua opinião (B:8), ... o estudo do questionário, havia alguns assuntos até prioritários, que os colegas tinham posto como prioritários, que depois não foram esses que ficaram porque pronto a enfermeira chefe entendeu que pelas necessidades que ela via dos colegas. que deveriam ser</p> <p>outras acções de formação que deveriam ser trabalhadas prioritariamente e portanto a última palavra de facto tem, está a ser dela (B:8), ... fazemos uma análise do questionário, fazemos o nosso registo, fazemos a análise do que eles lá tem escrito, depois seleccionamos (C:1), Em função das respostas que eles dão, daquilo que nós vamos observando eu e a especialista definimos prioridades (C:1), Só depois de uma conversa entre mim e ela (especialista) daquilo que eu tenho verificado, aquilo o que ela observa também directamente, é que nós acabamos por seleccionar os temas... (C:2), E depois em função da escolha de temas, definimos as prioridades em termos da</p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
<p>ESCOLHA DE TEMÁTICAS</p>	<p><i>continuação</i></p> <p><i>Formação em Serviço (C:2), Eles escolhem temas em conjunto com os enfermeiros, as pessoas vão dando ideias sobre o que poderá ser melhorado, ou sobre as coisas que queiram estudar, ou que não esteja muito bem e então depois a enfermeira chefe com a ajuda da especialista pegam nesses temas e selecciona aquele que acham que seja mais necessário para a saúde... . Aquele (temas) que ela veja que não são necessários ela não (D:1), (enfermeira chefe escolha as temáticas) deve ser adiada para escolher mais informações e mais trabalhar, acerca da acção de formação. Se bem que temos uma enfermeira especialista que é coordenadora das acções de formação (E:9), A enfermeira especialista refere que a temática Ergonomia nos Cuidados de Enfermagem era prioritário para os enfermeiros, mas que a enfermeira chefe não achou pertinente e como tal não foi integrado no plano actual de formação, é claro uma relação de poder na formação (12), especificamente sobre alguns assuntos, que ultrapassam um bocado o âmbito da formação técnica que devíamos ter outras que pudessem fazê-lo, porque há determinados assuntos, sobre os quais nós pudemos ir ler,..., temos alguma dificuldade em trazermos conhecimentos suficientes para os partilharmos com os outros colegas (B:8), ... nós estamos com eu acho que essa área é muita bonita, muito interessante, e muito importante e é fundamental para nós enfermeiros, mas tem que ser uma área abordada e explorada por um técnico especializado mesma na área de relações interpessoais que daqui do hospital não conheço ninguém. ... Na área de comunicação,..., nós ouvimos e vemos muitas pessoas a falar em comunicação e relações interpessoais, mas tudo aquilo que eu tenho visto e ouvido, as pessoas transmitem aquilo que está nos livros. E há técnicas de abordagem, que nós enfermeiros e médicos não temos, há uma formação específica nessa área, que nós não temos (C:16), Informação, mas às vezes mesmo em Formação em Serviço, as pessoas falam em relação interpessoal e não sei o quê, e aquilo fica no esquecimento, aquilo não dá nada, aquilo é quase como mandarem para casa ler um livro, e dizer "olha, vais ler este livro, subordinado ao tema tal, tal " porque não vem experiência nenhuma, não há exemplo... (C:18), ..., que eu acho que podia ser aberto não só aos enfermeiros chefes,..., mas a todos os enfermeiros e a todas as pessoas desta instituição com mais tempo e não só uma vez por ano, com muito mais frequência, eu acho que é uma área extremamente importante para nós. ... a forma como abordamos os doentes quando entrarmos numa enfermaria, quando o doente tem dor,..., saber como gerir estas situações e conflitos que existem, ... (C:17)</i></p>
<p>RECURSOS HUMANOS</p>	<p><i>A Formação em Serviço, quanto recursos humanos está de acordo com as possibilidades dos serviços e dos enfermeiros (A:9), Há, no programa estava previsto depois não colocamos no calendário, mas é um dos assuntos que os colegas referiram, alguma necessidade de se falar sobre relações intergrupais, e que, eu gostaria que sobre essa matéria alguém falasse realmente que tivesse outra, formação nesse campo... (B:6),... só temos pedido aos enfermeiros de serviço, Nós funcionamos de uma forma "caseira" (C:6), Os formadores do hospital, de dentro do hospital são mais que suficientes (E:4), Valemo-nos da equipe do serviço (E:7), ... participe nela também um elemento que não é do serviço, é uma enfermeira também que é a pessoa responsável pela consulta de diabetes (B:6), Eu sugeri a enfermeira chefe que para além dos elementos do serviço, quase mostraram interessados em pesquisar sobre esse tema que ela fosse, que lhe pedíssemos colaboração porque é uma pessoa que está, que faz formação em vários sítios sobre esse</i></p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
RECURSOS HUMANOS	<p>continuação</p> <p>assunto, que é uma pessoa com larga experiência, e deveria ser aproveitada nesse sentido,..., eu penso que a instituição não fará, não colocará nenhum entrave (B:6), este ano temos uma enfermeira que está na endocrinologia... e em conjunto com uma enfermeira cá do serviço, vão fazer uma formação... não temos convidado mais ninguém (C:6), ... lembro-me de ir à comissão de infecção, comissão de humanização, lembro-me de ir de laboratório a laboratório, a questionar toda a gente que parou para informar e dar apoio, material e apoio. Isto é literário, claro (E:4), Se o convite for feito é um convite de forma informal digamos assim... e em função da disponibilidade desse alguém é que nós elaboraríamos a regularização desta formação. ... Fora é muito difícil. Nós tivemos uma vez que eu pedi a colaboração de dois docentes da Escola... para virem cá falar sobre a enfermeira de referência, falei com a enfermeira directora, depois mandou-me um ofício para a escola, é mais demorado, mas dessa vez que eu pedi, não houve qualquer entrave, não houve qualquer entrave. ... nós temos uma ligação muito estreita com a Escola A e com outras escolas Porque os alunos fazem estágio cá, já há muitos anos, e acredito que haja um protocolo entre a escola e o hospital em termos de formação,..., disponibilizamo-nos para aquilo que for preciso, como a escola se tem disponibilizado para cá vir sempre que nós achamos conveniente. É evidente que tem que ser oficial, tem que ser tudo oficializado, para que essas pessoas em termos de horários não sei como é que funciona depois nas escolas, mas estou convencida que dentro do seu horário de trabalho são dispensadas para irem fazer a formação cá ao serviço (C:7)</p>
RECURSOS TEMPORAIS	<p>O hospital não tem nada regulamentado sobre se serão distribuídos tempos aos enfermeiros por fazerem Formação em Serviço, não está nada regulamentado, regulamentado assim como não está nada regulamentado que a carreira médica tenha tempo para eles fazerem os trabalhos deles e a investigação e a sua progressão, nada está definido para ninguém. Portanto, não vai estar definido para os enfermeiros provavelmente (A:9), ... há sempre o problema do tempo, o tempo é uma coisa terrível, porque as pessoas têm que preparar as coisas fora do tempo de serviço, porque têm que apresentar as coisas fora do tempo de serviço" (C:21)</p>
RECURSOS FINANCEIROS	<p>A Formação em Serviço esteve sempre por sua conta e risco. Nunca ninguém pagou nada a ninguém, nem se paga nada a ninguém com a Formação em Serviço. Isso é uma necessidade dos enfermeiros, portanto não acarreta custos, ou seja, para o hospital. O hospital não pode ter custos com a Formação em Serviço (A:6), (recursos da instituição) Não se nada, nada também nunca tive curiosidade em saber (D:5), ... tenho por acaso uma pessoa em mente porque eu conheço, mas é uma pessoa extra hospital, mas não tenho, não sei se a instituição autoriza, se dá esse tipo de (honorários), não, não sei (B:7), Não colocaram a questão em termos de honorário não faço a mínima ideia, isso não está directamente ligado connosco... (C:7), A enfermeira directora refere a existência de remuneração para formadores exteriores ao hospital (34).</p>
RECURSOS ESTRUTURAIS	<p>Nós programamos uma acção de formação por mês, às quintas feiras, porque é quando temos a sala disponível da formação, também para nós só uma quinta feira por mês da parte da tarde, a sala é para formação comum, dividida pelos enfermeiros e esse é o único dia que sala nos está destinada, também temos essa limitação de espaço (B:5)</p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
RECURSOS MATERIAIS	... é aquilo por conta da casa. Os tempos para fazer para se pesquisar é tempo extra do horário de serviço, o tempo que se gasta a bater um texto no computador é em nossa casa, o material é todo nosso, portanto isto é tudo à custa de cada um de nós e não a instituição que fornece meios (C:6), mas nós também não temos material nem emprego nem coisas para se calhar fazer coisas diferentes (D:3)
ESCOLHA DE FORMADORES	.. as acções de formação estão a ser preparadas por dois elementos, tendo noção que um dos elementos será uma pessoa já com mais tempo de exercício profissional e um elemento dos mais novos, formada há menos tempo, e que pelo menos um desses elementos seja aquele que disse que esse assunto lhes interessava, pronto que tinha dificuldades, que gostaria de ir pesquisar sobre aquele assunto, gostaria de o abordar (B:4), ... nós quando seleccionamos os grupos de trabalho, para apresentar a formação,... e há sempre o enfermeiro mais antigo em termos de experiência e um enfermeiro) mais novo. ... Portanto, os mais novos como uma forma de os envolver num dos aspectos de serviço, uma forma de o obrigar a investir numa área naquela que ele também vai falar ... (C:3), ... às vezes nós temos em mente que o enfermeiro a vai fazer esta formação, porque entrou há pouco tempo, não tem experiência, nenhuma nesta área, vai fazer esta formação, fazemos a proposta se quer ou não (C:3), ... e nós este ano optamos por, maior parte das formações que vamos fazer, haver só dois enfermeiros (C:4). ... mas as pessoas têm que pensar em casa e depois na reunião chegamos a um consenso com vários elementos escolhe-se. Eu acho que sim, que é suficiente não estou a ver outra via (D:3), e depois ou escolhem enfermeiros, as pessoas por norma oferecem para fazer formação... São dois elementos que vão fazer formação, nunca são muitos elementos para fazer a formação (D:1), E depois são eleitos "x" elementos (2,3,4) para efectuar essa formação e geralmente são os elementos mais capazes nessa área. ... É por gosto deles ... Os formadores são escolhidos, além das capacidades, geralmente uma pessoa nova, e uma pessoa com mais anos de experiência. É o balanço. Para aliar um bocadinho a técnica à experiência (E:2), O trabalho foi feito por mim e o meu colega para "agradar a chefe", começou a estragar o meu trabalho, é sempre a mesma coisa, é o que eu já não estou a ligar (7)
POPULAÇÃO ALVO	E esses enfermeiros mais novos que estão aqui, em termos de formação não têm ou têm muito pouca... (C:3), é uma população muito jovem e que não se interessam por técnicas, segundo a enfermeira chefe (1)
ORIENTAÇÃO NA ELABORAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO	Para além de mim que leio sempre os trabalhos também, e a orientação a dar também dou, e alguma ajuda, a enfermeira especialista também (C:3)

ANEXO 6

Grelhas de Análise sobre o Desenvolvimento da Formação em Serviço

EIXO- DESENVOLVIMENTO DA FORMAÇÃO

CATEGORIA – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
ELABORAÇÃO DE TRABALHOS	<i>Quanto a trabalhos é outra coisa que envolve ..., envolve a realização de trabalhos (A:10), Não temos feito nada disso (trabalhos, normas, protocolos). É uma coisa que ainda está muito por baixo e que queremos trazer para cima, era essencial para que o serviço começasse a ter mais conteúdo, para começar a organizar as coisas. ... Se conseguirem, se calhar depois entrarão nessa esfera, em tentar organizar os conteúdos teóricos para o serviço, porque acho que nesse aspecto está tudo assim muito... (D:1), Trabalhos individuais e de grupo, mas essencialmente trabalho de grupo (E:2) Este ano vão ser realizados normas e protocolos, com intuito de serem utilizados por todos os enfermeiros, segundo a enfermeira chefe (3), ... trabalhos em grupo, normalmente só há trabalhos em grupo a dois, o máximo três e acho que três já é demais (C:4), ... e são esses trabalhos que depois de serem apresentados, digamos do ponto de vista teórico ser apresentado... (C:4), ... são compilados numa pastinha e ficam no serviço. se as pessoas um dia quiserem consultar..., estão agora as pessoas a compilar as coisas, de maneira a arquivar num armário que temos para isso,..., para depois serem consultados por qualquer dos enfermeiros que têm necessidade de o consultar (C:4/5)</i>
ELABORAÇÃO DE NORMAS	<i>Há acções de formação em relação às quais podem fazer normas,... outras não... há uma norma técnica... que está a ser elaborada para ficar no serviço... (C:5), As normas que nós temos são elaboradas a partir de um critério desta instituição. Acho que todos os serviços tem que ter normas e critérios. Isso foi um requisito da instituição. Assim como os registos, os registos da enfermagem, foi um critério, foi uma exigência desta instituição, e depois fizemos uma reunião de serviço e fizemos uma acção de formação. Com os seguintes elementos que elaboraram as normas e os critérios. ... As normas foram baseadas em aspectos de auto-científico. Eles têm que aplicar aquela teoria à prática e executar. E para isso leram, acho que sim, que para isso tiveram que ler. Isto levou muito tempo, muito material, muita pesquisa, muita literatura (E:8).</i>
ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS	<i>A ideia é que se comece a implementar, embora no serviço há já alguns protocolos, mas não muitos, mas a ideia é essa, passarem-se dessas acções de formação aquilo que forem decisões que ficaram aprovadas passá-las a escrito onde, que serão colocadas num dossier no serviço, num local de fácil acesso aos enfermeiros para, todos depois terem a possibilidade de tomarem conhecimento, servirão também para o guia de acolhimento para os novos enfermeiros, forem chegando ao serviço (B:13), ... temos já alguns anos... um pouco desde os primeiros tempos de serviço ... eu não concordo muito com as normas e protocolos porque ficam paradas no tempo. Concordo com as normas e protocolos se forem alteradas. Agora tudo numa capinha. Muito bem direitinho, tudo bem escrito, normas e protocolos com 5,6,7,10 anos a mim não dizem nada. Nem sequer as revejo... (E:2).</i>
RESPONSABILIDADE DE TURNO, PALESTRAR, ORIENTAÇÃO DE ALUNOS, INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIRAS/OS	<i>... que tomou parte activa na formação como palestrante na formação x, y e z,..., elaborou notas, que foi responsável de turno que orientou alunos em estágio, que orientou, que integrou enfermeiros à vida profissional, que colaborou com a escola nisto ou naquilo, os enfermeiros (A:11)</i>

EIXO-DESENVOLVIMENTO DA FORMAÇÃO

CATEGORIA – MODELOS DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO DA SALA DE FORMAÇÃO

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
EXPOSITIVA	<p>... e que depois farão formação sobre o assunto em sala, formação essencialmente expositiva (B:1), ... a formação em serviço pode ser em sala, pode ser no campo. Há temas que são dados em sala teoricamente, há uma apresentação em sala (C:2), Poderiam ter mais originalidade em algumas coisas A nível de apresentação também, sei lá acho que as pessoas baseiam-se muito na escrita e estão ali a ler se calhar enquanto podiam sei lá fazer uma coisa que chama-se mais atenção mais... (D:3),... essa senhora, ela consegue transmitir muita informação, consegue-nos dizer muito embora em muito pouco tempo,..., isto é tudo limitado a nós numa sala estamos três ou quatro horas, e sentimo-nos de tal forma envolvidos pela forma de expor as situações porque também tem muita experiência, que não sentimos cansaço, não ficamos aborrecidos? Portanto tem que ser alguém que dê, e depois obrigue-nos a reflectir sobre sei lá, comportamentos, posturas que nós temos, tipo de respostas que damos, que pensamos que são as mais correctas, mas quando as analisamos não estão nada correctas (C:17), E depois têm também digamos que fazem simulações, há conversas entre duas pessoas, uma questiona outra responde, portanto foi uma formação interessantíssima (C:17)</p>
TECNICISTA	<p>Estão previstos nesse plano uma acção de formação que terá para além da exposição teórica uma demonstração prática,..., a exposição teórica na salinha de formação e depois a parte teórica, ou na enfermaria se tivermos condições para isso, ou na sala com um modelo, não utilizando um doente, mas utilizando um elemento do serviço que servirá de modelo (B:1), é evidente que há um conjunto de conhecimentos, normas e técnica que as pessoas têm que conhecer</p>
TEÓRICA	<p>Começamos normalmente na sala porque apesar de tudo eu acho que há um enquadramento teórico e uma formação básica em termos de teoria, que tem que ter para depois na prática, as pessoas em função daquilo que ouviram, as pessoas também têm que estudar... (C:4), Aliar a teoria à experiência porque na verdade há pessoas que tem muita teoria, é indiscutível, mas não adaptam à teoria a experiência e isso falha, e é precisamente ... as acções de formação são sempre nesse sentido (E:2)</p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
HETEROFORMAÇÃO	<p>continuação</p> <p>nutricionista sobre esta temática, em que refere que não se deve usar a seringa com pressão na entrada dos alimentos e da grande trituração) (50), Uma doente caiu. A enfermeira) pediu um conselho ao Pedro sobre o doente. O Pedro verificou o estado da doente e a medicação que toma (50), (Pedro e Silvia) Falaram que uma doente estava ansiosa, e que isso repercutia na dispneia (52), O João foi mudar a cânula ... e a Maria observou e foi fazendo perguntas (60), A Maria e a colega discutiram entre si sobre a forma de realizar o penso e o tipo de medicação(19), O Pedro ajudou a Silvia. Ela informou que era melhor não dar mais água às doentes, só mais para o fim da tarde (já tinham feito 500 ml) e aumentou o débito de outra que tinha 1500 ml, no qual o Pedro concordou (52).</p>
AUTOFORMAÇÃO	<p>... têm que reflectir um bocadinho sobre aquilo que ouviram na sala se tiverem dificuldades na altura em que foi feita, em que está a ser feita a apresentação colocam, podem não ter na altura mas reflectem e no dia seguinte "olhe, eu estou aqui com uma dúvida sobre aquilo que falou ontem, sobre isto e sobre aquilo" (C:4), O João contido, organiza o serviço, este encontra-se mais confuso, com assunto pendentes, transferências, medicação e exames (62)</p>
INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIRAS/OS	<p>Tem havido aí algumas falhas ..., desde Junho 2001 neste serviço, e das pessoas que cá estavam quando eu cheguei, estão neste momento, se não estou em erro 5 ou 6 colegas só!... A integração, se calhar não tem sido feita da melhor forma, porque nem sequer há tempo para isso,..., alguns colegas tinham já pedidos de transferência feitos há muito tempo e de repente a autorização da transferência chega,..., o serviço é informado que o elemento x sai no final do mês, e às vezes ainda sem um elemento novo para ser integrado (B:3), ... , a formação a nível de integração é feita normalmente, ou tem-se tentado com uma pessoa que esteja há mais tempo no serviço, que tenha, que esteja mais por dentro das rotinas do serviço (B:3), mas nem sempre isso é possível, às vezes temos aí gente a ser integrada por elementos que estão no serviço ainda também à relativamente pouco tempo, penso que se calhar há algumas falhas nessa integração nessa formação desses novos elementos que entram (B:3), Se eu não ver aquilo que se tem pedido aos enfermeiros(as) mais experientes e mais preocupados digamos assim porque</p> <p>também depois o tempo também ajuda um bocado, depende do interesse para eles próprios, eu acho que temos o dever não só moral mas profissional de ir ajudando a encaminhar os colegas mais novos que estão a começar. Portanto, todos nós acabamos por fazer formação em serviço (C:13), A A refere que o serviço está diferente, os enfermeiros novos alteram tudo. Saíram pessoas muito importantes, há pouco tempo (55), O João refere que os enfermeiros mais novos devem criar bons hábitos (18), A enfermeira directora refere que existe um programa de integração de enfermeiros, em que a enfermeira responsável pela Formação em Serviço ao nível hospitalar fala com os enfermeiros e se for necessário, põe em contacto com outros serviços, incluindo com a Comissão de Infecção. Esta integração é realizada, quando o grupo de enfermeiros justifica (7 a 8 enfermeiros) (33)</p>
PASSAGEM DE TURNO	<p>Quando se trata assim de uma decisão mais de fundo, normalmente a enfermeira chefe, porque tem sido assim, não significa que eventualmente não possa ser eu..., eu tentei transmitir aos outros colegas que se tinha decidido aquilo, normalmente há esse cuidado depois de durante uns dias nas passagens de turno se fazer essa informação, para que todas as pessoas tenham conhecimento dessa decisão (B:13), A passagem de turno é um momento muito importante de troca de informação,..., e há de facto colegas no</p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
PASSAGEM DE TURNO	<p><i>continuação</i></p> <p><i>serviço que eu acho que entendem as coisas da mesma forma (B:14), ... embora também me parece que há gente cuja perspectiva não é esta, estamos ali um bocado para tirar duas ou três notas sobre determinados doentes e o resto não interessa (B:14), Nós temos algumas discussões, nas passagens de turno, normalmente as nossas passagens de turno às vezes, nem sempre, mas às vezes são um bocado demoradas porque se vão buscar estes aspectos que são referenciados na formação em serviço, em algumas coisas que se vão observando no dia a dia e que na passagem de turno é uma forma também de nós fazermos formação, aproveitamos para realçar disto, dar mais ênfase a isto ou aquilo, alertar as pessoas que atenção ... (C:12), Dá (discutir problemas de serviço) há certas alturas que se discute com a enfermeira chefe, às vezes ela puxa um bocadinho de nós e acha por nos tirar dúvidas (D:9), Discutimos no dia a dia e começamos a discutir logo na passagem de turno se for preciso (E:6), Se forem bem passadas são primordiais. É aí que percebemos se o serviço é bom ou mau. Há passagens de turno que são passadas bem superficialmente, há outras passagens de turno que são bem passadas e transmitidas na realidade mais ou menos o que se passou e o que se fez, e o que é necessário fazer logo de seguida. Portanto eu acho que são de maior importância essas passagens de turno. E nota-se logo aí, mais ou menos, como é que o serviço foi feito, como é que está, o que é que se vai fazer logo a seguir... numa passagem eu sei como é que o turno logo a seguir me vai correr, se bem, se mal. ... Falamos de doentes, dos exames que têm que fazer. E o que foi feito e o que tem que se fazer. ... Não (analisar os cuidados). ... Sim (discutir problemas de serviço), aproveitamos. ... Problemas, quando aparece no meio qualquer coisa fugaz tem que ser discutido e tem que ser logo resolvido. Aproveita-se a passagem de turno para dizer e muitas para reuniões de serviço. Naquela altura achei que dizer que é premente e disse (E:7/9), A presença da enfermeira chefe nas passagens de turno permite que todos os enfermeiros estão atentos, por vezes dão opiniões sobre os mesmos e falam muito dos doentes (21), pensos fétidos, infeccionados e que tipo de medicação a administrar (existem várias opiniões baseadas em opiniões médicas). Outro ponto a focar foi a expressão de um médico sobre esta doente, que é um caso que não pode fazer nada, mas que para enfermagem requer trabalho e disponibilidade de tempo (23), A enfermeira chefe chegou atrasada à passagem e disse a um médico que estava sentado que iam passar o turno. Ao fim de cinco minutos, o médico retirou-se (28), Na passagem de turno falam sobre os doentes, nos cuidados de uma doente que tem fractura. A enfermeira chefe deu indicação para não mobilizarem esta doente. É um assunto que está pendente desde o dia anterior (porque a doente foi internada sem tabela e sem indicação médica, embora oralmente dissessem que podiam mexer) (28), Iniciaram a passagem, falaram sobre os doentes. A Cátia estava atenta e reforçava e/ou dava indicação sobre alguma temática, demonstrava grandes conhecimentos sobre os doentes (42), Marco esteve distraído e o João atento (29), O João esteve pouco atento. Quando a Cátia começou a falar sobre os doentes, ele ficou mais atento e a Cátia só se dirigia para ele (42), Entretanto chegou o João e mais um enfermeiro da manhã. Uma das enfermeiras da manhã começou a dar informações sobre um doente e outra sobre as mulheres (60), Neste momento estão a estagiar alunos de enfermagem do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem, que hoje estão em observação e no dia seguinte já ficavam responsáveis pelos doentes. Estava um ambiente barulhento em que era difícil adquirir informação. Chegou a chefe, o barulho desapareceu, um dos alunos</i></p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
PASSAGEM DE TURNOS	<p><i>continuação</i></p> <p><i>comentou "chegou a chefe, mantém ordem" (60). Estavam a passar turno. Só era um enfermeiro a passar os restantes não estavam (82), No meio da passagem, os enfermeiros que já tinham recebido o turno começaram a brincar com o material ou estavam apáticos (17), Discutiram sobre a forma como faziam os pensos e como actualmente fazem, foram justificando com várias teorias válidas (19), Os enfermeiros falaram sobre um doente que foi transferido para o Serviço de Neurologia. O Pedro, que fez noite, referiu que a mãe do doente foi obrigada a sair do serviço às 19h30min. O Pedro acompanhou a mãe e explicou às enfermeiras que no seu serviço, a mesma permanecia junto ao filho 24 horas. Perante isto, as enfermeiras(os) deixaram ficar até às 24 h. Ele pediu às mesmas se a mãe podia regressar ao serviço pelas 7h30min, que aceitaram contrariadas. O Pedro viu o doente imobilizado e mal posicionado, que incomodou-o, dado que no seu serviço isso não acontecia. Ele igualmente enviou a alimentação entérica. Os enfermeiros comentaram que provavelmente, este doente era capaz de ser transferido para o serviço, daqui a d</i></p> <p><i>trabalho sobre envolvimento da família num doente internado e que acha absurdo ver o que viu. Referiram que implicavam a mãe nos cuidados de higiene e o Marco referiu que "isso deve ser assim, pois deve implicar a família" (10), Durante a passagem estiveram a falar uns com os outros, só estavam atentos os enfermeiros que eram responsáveis pelos respectivos doentes. Não falam sobre o plano de trabalho, só referem o estado do doente e os cuidados interdependentes (30), O Pedro não faz qualquer comentário e esteve a ler uma revista, a Silvia retirou-se. O Ar só passou o turno ao colega (embora esteja a fazer 12h) e as restantes colegas também passaram (52), A passagem de turno foi acompanhada de música em que cada enfermeiro falou com o respectivo colega. Não houve partilha (47), Eles estavam a passar o turno individualmente e outros ainda a escrever as notas de enfermagem (48), Os recados devem ser transmitidos (11), os elementos que fazem 12h, só falam por alto sobre os seus doentes (11), Todos estavam atentos, foram</i></p> <p><i>interrompidos duas vezes pelos médicos (11,16), Estiveram a discutir sobre um tratamento de um pénis de um doente foi motivo para brincadeira entre colegas (11)A enfermeira directora refere que as passagens de turno e as reuniões de serviço pertencem à Formação em Serviço (33), Eu acho que mesmo sendo trabalho individual a passagem de turno deve ser um momento em que nós temos que ter alguma atenção sobre informação geral do serviço, dos doentes em geral, claro que se eu estou responsável por doentes de uma ou duas enfermarias, sobre esses pormenores mas isso não significa... que não tenha que estar atenta às informações que os meus colegas me dizem</i></p> <p><i>sobre outros doentes,... se o colega dessa enfermaria precisa de se ausentar por algum motivo, eu penso que se eu já tiver o mínimo de informação ... será mais fácil quem fica a substituí-lo (B:15), Onde temos às vezes aí alguns dias em que eu penso que os colegas aproveitam mal esses momentos,... porque falam se calhar um pouco de tudo, menos daquilo que deviam falar e se calhar até incomodam quem está a passar a informação ao colega do lado (B:15), ... penso que às vezes penso que temos um grupo de pessoas que entendem a passagem de turno quase como um momento chato de estar ali uns minutos a ouvir as coisas, e não com o sentido que efectivamente deviam dar, é um momento de formação, de informação e de formação sobre o serviço, sobre quem lá está (B:15), ..., perdeu-se um bocado é o nosso momento, é o momento em que todos reunimos e devíamos estar ali concentrados a viver aquilo e não falar de coisas que não tenham nada a ver</i></p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
PASSAGEM DE TURNO	<p>continuação</p> <p>com as pessoas, deviam se calhar levar mais sério a nossa profissão, às vezes brincam um bocadinho (D:8), Acho que não discutem tanto acho que às vezes discutem mais outras coisas que não deviam discutir se calhar podiam. ... Acho que não conversam muito preferem conversar outras coisas acho que realmente é necessário, pronto às vezes ouço comentar de algumas falhas mas é naquele momento. Na passagem de turno. Entre colegas podem comentar (D:7), Olha isso é um momento muito importante e nem sempre funciona bem ou porque alguém está com febre ou tem que trabalhar acho que</p> <p>às vezes há assim uma desordensista as pessoas facilitam um bocado quando não está a chefe como aqui deixaram escapar,.. (D:8), Não (sobre os doentes), sobre os enfermeiros como vamos no serviço entre os colegas, mas tudo num ambiente profissional na passagem de turno, não é estar ali com brincadeiras com coisas que não tem muito a ver, eu própria também já fiz brincadeira que acho que não tem nada a ver, mas eu também sei ver que estive errada nesses momentos porque acho que não deve ser assim. Há momentos para tudo, pode-se brincar, e tudo tem limite e quando passa esse limite torna-se chato, a mudança de turno não é para brincadeira porque é uma coisa muito séria e não se está a levar as coisas muito sérias mas às vezes mas não deve ser oito nem oitenta (D:8), Também (momento de análise de cuidados), também podia ser e se calhar não é tanto como isso porque uns dividem-se para aqui e outros para ali não é e muitas vezes isso</p> <p>escapa (D:8), Segundo a enfermeira directora, é nesta altura que a chefe avalia os cuidados e corrige as anomalias e que são momentos fundamentais para a discussão e não só transmitir informação sobre o doente (33), A Cátia referiu que é difícil tratar dos doentes porque não os conhece e as colegas não passaram o turno e não conseguia responder às questões colocadas pelas auxiliares (65), A passagem turno sem a presença da chefe é um momento em que os enfermeiros estão mais descontraídos e com comentários cómicos. Com a presença da chefe é mais harmonioso (5).</p>
VISITA MÉDICA	<p>A enfermeira directora, também acha que a visita médica é um momento em que se aprende e que os enfermeiros(as) expõem os seus pontos de vista, isto é se for com participação da chefe e a responsável pelos doentes (33)</p>
REUNIÃO DE SERVIÇO	<p>... , as reuniões de serviço com a enfermeira chefe e a equipa de enfermagem, depois nessas reuniões normalmente se há assuntos que ... se envolvem trabalho em conjunto com os médicos, que as tem é a enfermeira chefe é ela que transmite, faz a ligação entre uma parte e a outra,... ... que melhor forma para dar volta quer com médicos ... (B:14), Nunca houve reuniões entre enfermeiros e médicos,... (C:14), ... (dar a volta) quer com auxiliares para tentar (B:14), (discutem) dificuldades que se encontram no trabalho, que também passam por alguma formação no sentido de se alterarem determinados comportamentos e também se falam às vezes quando há motivos para isso sobre problemas de relação de equipa... (B:14), Existem, a enfermeira chefe tem estado a tentar fazer uma reunião por mês, nem sempre é cumprido, nem sempre temos conseguido cumprir, mas têm-se feito reuniões de serviço (B:13), Agora reuniões, com marcação agendada e assim, não, só com os enfermeiros mesmo (C:14), (Participa) Bastante gente e tem sido um número bastante considerável de pessoas a participar, nós temos uma equipa constituída por 26 elementos,... e têm havido um número de participantes bastante elevado, pelo menos aí metade das pessoas que estão na reunião (B:14), ... em que nessa reunião o grupo, por livre vontade, expressa as necessidades mais prementes do serviço, as necessidades de formação. ... Discutimos, discutimos e analisamos e vemos inclusive já ao longo do tempo</p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
REUNIÃO DE SERVIÇO	<p><i>continuação</i></p> <p><i>dizer na próxima acção de formação é preciso fazer uma acção de formação, neste sentido (E:2), Os objectivos é falando e chefe se nota. E assuntos que a chefe também tenta transmitir à equipe, então reúne-se uma vez por mês e discute-se isso tudo. ... Essas reuniões do serviço é sempre um meio informático, parte sempre da base da informação. E se for preciso é sempre necessário também há o detalhe a agendar ou alterar algum sistema de serviço é nas</i></p>
AUTO / HETEROFORMAÇÃO	<p><i>Isso é visível porque se quando o enfermeiro vai fazer a intubação do doente se for com um enfermeiro junto ao doente e se estiver a ver ou até a ajudar está perfeitamente a ver as dificuldades que tem, se faz um trabalho correctamente, é fácil verificar isso, tem que estar atento aos doentes que são precisos intubar, na alimentação, quando é que vão administrar a alimentação, para ir junto de um ou outro doente, e do enfermeiro responsável por esse doente e conversando e observando se realmente as coisas estão a ser feitas como ficaram definidas (C:12), Em algumas situações corrijo da melhor forma que penso que é, não sei também se será melhor ou não, mas pelo menos não hostilizar ninguém não minimizar aquilo que as pessoas expressam, não, agora, será bem, está mal, não é não sei se haverá alguém que possa avaliar essas coisas ... (C:18), Chego ao fim e penso no que fiz e no que não fiz o que está errado naquilo que fiz para melhorar posteriormente (D:5), em geral para analisar os meus cuidados se calhar vejo o que os meus colegas fazem e vejo o que eu faço e tento comparar e ver o que é que eu posso mudar em mim que esteja errado mediante aquilo que eles também fazem se eu acho que eles até fazem melhor que, eu sou flexível até ao ponto de mudar a minha aquilo que eu acho, aquilo que eu estou a fazer e ir em busca de uma coisa melhor uma coisa que seja mais positiva ou se alguma coisa nos desagrada ou que não esteja muito correcta se calhar tentar reverter em alguma coisa que seja útil (D:5), Utilizo os critérios da seguinte maneira: eu volto, neste caso ao doente, abordando e vejo logo imediatamente as necessidades mais prementes do doente e actuo mediante essas necessidades mais prementes da altura... pelo menos da minha parte é assim. ... Tem muito brio e gosto profissional do enfermeiro, quando muitas das vezes um faz, e o outro tenta fazer melhor. E muitas vezes um não faz e o que vem a seguir tem que fazer, e isto cansa. ... Se por acaso um enfermeiro tem gosto naquilo que faz, tem capacidade de analisar as necessidades básicas dos doentes neste caso, não há... é maravilhoso (E:4)</i></p>
REFEIÇÕES	<p><i>O médico, as colegas e a Cátia discutiram sobre as fases de luto e que a mãe deveria ver o filho (24 anos de idade), acompanhada. A Cátia discorde, pois acha que se a mãe o vê naquele estado, não suportaria. Ela diz que a única forma de ultrapassar esta situação é rezando e apoiando-se em Deus (22), Os enfermeiros falaram sobre os doentes em geral, discutiram sobre os problemas éticos em relação à cirurgia cardíaca, problemas institucionais de foro médico (mudanças na admissão de doentes no serviço (diagnóstico), problemas de liderança), das suas experiências, metodologias de trabalho cirúrgico ao nível privado e público, nomeadamente na vertente financeira (19), O Pedro referiu que os enfermeiros estão ali para trabalhar e não têm direito a congressos e as inscrições nos congressos (29), Os enfermeiros escandalizados estiveram a falar sobre um doente que esteve internado no serviço e que agora está na Neurologia, tinha outro tratamento ao nível de enfermagem (não deixam que a mãe fique de noite, imobilizam, dizem que ele não tem convulsões e riem-se da situação). A mãe do doente no serviço de medicina tinha autorização para permanecer com o filho 24h, ao contrário estipulado pelo serviço neurologia e do hospital (44).</i></p>

ANEXO 7

Grelhas de Análise sobre os Efeitos da Formação em Serviço

EIXO- EFEITOS DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CATEGORIA – RESPOSTA ÀS EXPECTATIVAS

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
NEGATIVA	<i>Eu não estava nessa acção de formação mas sei que na altura houve uma contestação muito grande. E esta contestação mantém-se ainda hoje (E:5)</i>
POSITIVA	<i>... A Formação em Serviço, tem-se feito, e tem-se feito alguma coisa, e às vezes não os resultados que nós esperávamos, que uma pessoa também quer logo resultados, mas eu acho que vale sempre a pena, ... (C:21)</i>

EIXO- EFEITOS DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CATEGORIA – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO PREVISTO LEGALMENTE

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
RELATÓRIO FINAL	<i>O relatório anual devia ser elaborado até Dezembro. E depois do final da formação (A:5)</i>
CERTIFICAÇÃO	<i>... Agora vão para a Enfermeira Directora a assinar as declarações que vêm ao CFAP depois vão para ela, depois têm que ir pôr o selo branco (A:11), ... embora aqui, por mim, que tenho um dossier de formação de cada serviço, que consta, no dossier consta o plano de actividades para o ano, as presenças dos formandos em cada acção e os sumários as respectiva acção, de cada acção. Os formandos, há um impresso próprio, que os enfermeiros vêm aqui ao CFAP, neste momento, porque estou a exercer estas funções aqui no CFAP, e ser-lhe-á, eles fazem um requerimento da formação como participantes, ou como palestrantes no serviço, eu através da consulta que faço, ao registo das presenças, ao registo dos sumários, à existência do plano de acção, faço a declaração que depois é assinada pela Enfermeira Directora, e leva o selo branco (A:9)</i>

EIXO- EFEITOS DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CATEGORIA – MOTIVAÇÃO DAS/OS ENFERMEIRAS/OS

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
DISPONIBILIDADE DAS/OS ENFERMEIRAS/OS	<p><i>E isto tem andado para a frente, graças à boa vontade das pessoas, um bocado de carolice, porque as pessoas levam, vão pesquisar para a casa, e batem os seus trabalhos em casa, e fica um documento aqui feito por eles que também foi feito em casa, e depois apresentam a sua formação e saem fora de horas e às vezes vêm assistir depois de uma noite, numa folga, depende um bocado da boa vontade das pessoas, preferem ir ao serviço também, mas às vezes vêm um bocado de mãos atadas porque não dá para fazer tudo, não dá para se fazer aquilo que se quer (C:22), ... um factor que motiva muito os enfermeiros para o seu envolvimento na Formação em Serviço, são os certificados, ..., de que tiveram presentes, de que elaboraram uma acção de formação com toda a sua pesquisa, com todos os seus saberes e os saberes dos outros, acho que nós temos que dar aos enfermeiros alguma coisa, em contrapartida, não digo que lhe dêem tempo (A:10), ... por vezes a fazer só formação em sala não é o suficiente faço muito por conquistarmos para o nosso lado as pessoas e isso está programado nesse sentido... (B:17).</i></p> <p><i>... mas eu continuo a dizer que essas acções de formação são falsas porque as pessoas todas vêm, mostram algum interesse na altura, fazem um papelinho no fim, mas no outro dia já tudo passou... voltou tudo ao antigo (E:1), as pessoas também dissessem o que é que, que tipo de assunto lhes interessaria mais, pronto e pesquisar e depois abordar junto dos colegas (B:4), ... pensei que essa pudesse ser uma forma de envolver mais pessoas na preparação das matérias (B:4), ... para que pessoas sentissem também que estavam a preparar uma coisa que era sua, que lhes interessava fazer, não porque lhes tinha proposto que fossem pesquisar sobre um determinado assunto (B: 4), É evidente que ele pode dizer, "enfermeira, estou mais interessado naquela área ou para outra", nós tentamos sempre conciliar de modo que quando as pessoas vão fazer a formação, tenham vontade de ir. Outras vezes coincide, nós pensamos no enfermeiro A e o enfermeiro A ser ele a ter feito por exemplo a nível de questionário, a proposta para abordar esse tema, ou para ouvir falar sobre esse tema, ou sobre essa área que tem menos conhecimento em termos de prática e às vezes isto coincide, e quando coincide é óptimo (C:4), Eu sinto-me estimulada e gostava de estar presente mais vezes, eu é que não tenho oportunidade, porque se fosse por causa do papel eu arranjava sempre forma de estar presente (D:4), ... que eles envolvessem mais um ou dois elementos mais novos, que tentasse dinamizar para o lado deles... (B:17), Sinto (necessidade de assistir às acções de formação) porque aí está eu não sei... (D:3), ..., Dezembro dificilmente o faremos porque pronto, é um mês que acaba por ser um mês de algumas dificuldades, porque as pessoas querem preparar as suas coisas em casa, as festas e tal e dificulta um pouco mais a disponibilidade das pessoas para outro tipo de actividade, que não sejam no seu horário de trabalho normal (B:5), ... mas tirando isso ninguém a fazer nada, eu acho que também, as pessoas precisavam de um incentivo, precisavam,..., aí está tem que se começar por algum lado, eles</i></p> <p><i>começaram por um lado, que talvez vá dar ideias a outras pessoas para fazerem outras coisas, o que acho que era importante para não parar, se não fica o serviço um bocado morto e é isso o que aparenta neste momento (D:2), ... consenso mas alguém tem que tomar a iniciativa para isto começar porque se não estagna, está a estagnar ninguém faz nada, porque se calhar não há incentivos por vários motivos e até pela desorganização que se instalou um bocado aqui ou por modificação também ..., e as pessoas limitam-se aquilo que têm e não querem mais e eu acho que não deve ser assim (D:9),</i></p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
DISPONIBILIDADE DAS/OS ENFERMEIRAS/OS	<p>continuação</p> <p>... (a formação) é um bocado contrário à aquela que se vai fazendo por aqui (E:1), Segundo a Enfermeira Directora um motivo de desmotivação profissional é a falta de tempo, organização e de disciplina. Embora refira que a falta de tempo e de enfermeiros não é justificação, pois o serviço tem que se organizar de modo a arranjar tempo para falar sobre isto ou aquilo. Os enfermeiros deveriam dar um pouco deles e que muitas vezes não querem dar e dispor tempo para a formação. Que o hospital não poderia facultar tudo, deu um exemplo que o hospital dê uma hora (dentro do plano de trabalho) ao enfermeiro para a formação e que o enfermeiro deveria contribuir com outra hora (34), ... se calhar é como diz é mais uma, aí está porque é mais fácil estamos aqui entre nós na sala expomos entre nós e está dado e tenho mais uma formação, não se todos vêm assim, se calhar não, acho que as pessoas se estragam um pouco limitam-se demasiado aquilo que acontece eu falo por mim e podiam trazer coisas novas, alterar coisas ter um espírito mais interventivo e não tão comodista (D:9), Pedro diz que não veio à acção de formação (os posicionamentos dos doentes com AVC) porque "não estou para fazer 50Km para assistir. Primeiro estava a trabalhar na clinica, segundo não ia ficar aí, gastar dinheiro de transporte e da alimentação. Se os enfermeiros querem ter formação (que acha importante) deveriam dar condições económicas e não ter um salário de empregada. ... Que deveriam dar condições e se tivessem a fazer manhã ou tarde não tinha problemas em ficar". A sessão teve a duração de 2h. Ele disse que para ensinar "a virar" não era necessário tanto tempo. Foi bom não ter vindo à acção de formação sobre a Intubação Nasogástrica porque se iria aborrecer (51).</p>
COMPARAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO	<p>Antigamente vinham porque não havia folgas e talvez tivessem mais entusiasmados. Como é acção de formação talvez fossem mais entusiastas, com mais entusiasmo. E talvez não fossem os melhores, porque se devem meter em muitos diagnósticos, muito teologia, não é muito interessante. Mas as iniciais eram também um bocado disto tudo, uma vez que as pessoas vinham aqui e mostravam mais interesse. Por um lado, porque por outro lado estavam todos a trabalhar como estariam normalmente. Por outro lado, eram convidados os elementos do DEP e a Direcção de Enfermagem, que normalmente assistiam sempre. ... É importante a presença dessas pessoas porque são essas que mais emitem interesse em actualizar porque têm obrigação de se actualizarem e, ouvindo, ouvem, aprendem e participam, questionam, e têm interesse, têm muito interesse. Na questão do DEP eles eram os pioneiros das acções de formação. Faziam as acções de formação em serviço, tudo parte do DEP. Agora dificilmente partem. Agora parte da chefe do serviço (E:3), O João... que essa formação, pelo que ouviu, não prestou e não era igual aquelas que costumam ser a acção de formação sobre a intubação uma porcaria (51), Numa acção de formação existiu um conflito entre um palestrante e um colega. A chefe apoiou o palestrante, embora o restante não o fizesse (informação deles). O João referiu que a chefe deveria sempre apoiar os palestrantes e nunca contra eles, pois assim iria existir uma forte desmotivação. Referiu que com a chefe anterior valia a pena assistir e a empenhar-se nas acções de formação. Eles tinham preocupação, porque tinham na assistência representantes médicos, DEP e da Administração (46), O João referiu que não se faz trabalhos e que antigamente os faziam, disse "era a época de ouro na formação". O João referiu que faziam trabalhos e que "devem andar por aí, já não os vejo" (46)</p>
OBRIGAÇÃO	<p>...porque já percebi, eu acho que os enfermeiros têm obrigação de se desenvolver profissionalmente e têm que se desenvolver nos seus tempos, como fazem as outras classes profissionais (A:10),</p>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
INTERVENÇÃO DA CHEFIA	... as pessoas não se chegavam muito para pedir opinião para se tinham alguma coisa sobre este ou aquele assunto, tive que ser eu a começar, e eu a dizer "olha eu tenho isto sobre isto, há um artigo muito interessante que eu li que está assim, assim" percebe, trazer algum material para as pessoas começarem a ver que afinal nós estamos ali todos a trabalhar para o mesmo... (C:22)
PARTICIPAÇÃO DAS/OS ENFERMEIRAS/OS	... em número normalmente não é muito mais gente do que aquela está escalada a trabalhar nesse dia, os seis elementos da manhã, seis, sete elementos da manhã, eventualmente dois, os três da tarde, entram quatro, nem sempre estão quatro, porque como sabe também é difícil o serviço lá em baixo ficar sem nenhum elemento, a sala de formação é aqui no primeiro andar (B:5), Há uma dificuldade que se coloca a este tipo de adesão à Formação em Serviço, porque é feita praticamente fora da hora normal de turno,... . Mas apesar de tudo, por aquilo que eu tenho observado, as pessoas mesmo estando algumas de folga, ou com saídas de noite vêm à formação (C:6), Não tenho oportunidade porque trabalho noutros sítios, às vezes saio daqui e vou para outro trabalho por isso não posso ir, mas e mesmo porque gostava de saber mais, não é por causa do papel, só vim a duas (D:4), Eu acho que não são muito bem divulgadas (acções de formação) só por uma coisa, porque nunca estão todos os elementos presentes, mas também nunca irão conseguir porque há sempre alguém que trabalha, é complicado. Só que eu por exemplo acho que são correctas por aquilo serviço que temos, a estrutura (D:3), Eles intervêm bastante, naquela situação podiam ter participado mais e reivindicado, mas acomodaram-se um pouco à decisão que tomaram naquela altura, ... (D:4), Tem havido uma grande participação ... em número e em interesse (E:3), (presença de 8 enfermeiros em 20) sim, são os elementos dos turnos da manhã e da tarde. Os interessados podem estar de folga ou fazer noite e descanso, alguns interessados que vêm. E aquelas que vêm de longe, descanso, que vieram de longe, mais mau tempo e vieram de longe. Não vêm não (E:3), Os enfermeiros começaram a falar da acção de formação e referiram que não vinham amanhã, porque não valeria a pena (46)
INTERESSE	... vamos ver os resultados, das pessoas estou convencida que estão um bocadinho mais sensibilizadas para a Formação em Serviço, para a qualidade dos cuidados e têm, acho que têm dado muito de si (C:23), eu acho que vale a pena continuar a investir. Vale a pena e continuo a dizer, se não for uma melhoria de 50,60,70, 80% mas que se veja uma alteração por pequenina que seja, eu acho que já foi um passo que se deu e acho que vale sempre a pena (C:23), Só tenho um colega que está a fazer um trabalho para uma revista, ainda não há (D:2)

EIXO- EFEITOS DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CATEGORIA – EFEITOS DAS ACCÕES DE FORMAÇÃO

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
HETEROFORMAÇÃO	<p><i>Pouco, muito pouco (discutirem entre si após as acções de formação). Se calhar às vezes a formação também não tem a eficácia que deveria ter, por isso, nem todas as pessoas estão naquele momento na acção de formação, e depois há pouca troca de ... (B:12), E se sentir da parte dos colegas interesse realmente na preparação das formações e na pesquisa das matérias, na forma como eles iriam transmitir os conhecimentos na alteração de alguns comportamentos, relativamente há prestação de cuidados, eu ia ficar bastante satisfeita (B:16), Transmitem, eu não sei é até que ponto a mensagem é bem transmitida. ... Transmitiram naquela mensagem, tinha que ser pronto, às vezes transmitem, outras não transmitem às vezes eu vejo acontecer coisas e depois aí mas tu não sabes e depois dizem que foi definida na acção de formação eles normalmente eu não estou na acção de formação e depois soube assim prontos as pessoas vão passando a determinada altura vejo uma coisa mas isto não é normal o que está a acontecer e vou saber e depois há isto foi na acção de formação pronto não há assim ninguém que chegue à nossa beira e diga há isto assim (D:7), Quem não vem, geralmente pergunta sempre e temos transmitidos uns aos outros. ... Se não vêm vieram noutro dia, algumas pessoas estão de férias, sei lá... e quando chegam cá, até se esquecem que houve a acção de formação, e depois alguém diz: "olha cuidados que isso agora não é assim, isto é feito assim e assim, tenta fazer assim (E:6)</i></p>

EIXO- EFEITOS DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CATEGORIA – ALTERAÇÕES NAS PRÁTICAS

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
REGRESSÃO	<i>... às vezes as acções de formação dão-me a sensação que não nos vem avançar mas às vezes regredir,... retiram-nos isso por causa de uma acção de formação e eu acho que regredimos nesse aspecto porque eu não concordo com isso (D:3/4)</i>
NÃO VALORIZAM	<i>A relação que estabelecem entre a formação e os cuidados e a situação de trabalho, é notório que os enfermeiros estabelecem uma relação entre os conhecimentos adquiridos ao longo da experiência. Todos os enfermeiros são diferenciados, como por exemplo o Pedro e o João não utilizam a seringa para alimentar os doentes, embora esteja instituída no Serviço e o restante grupo o fazem. Eles utilizam a técnica de gavagem, mas não dizem à chefe ou ensinam aos colegas, e os colegas observam a sua técnica, mas não a executam (56)</i>
POSTURA	<i>Aquilo que eu tenho sentido mais dificuldade é na capacidade das pessoas depois alterarem determinados comportamentos,... faz-se uma formação naquela determinada área, propõem-se a determinadas alterações de comportamento com as quais os colegas concordam, mas depois aí a serem capazes de dar o salto para alterarem os seus comportamentos, eu acho que tem havido alguma dificuldade (B:11)</i>

EIXO- EFEITOS DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CATEGORIA – FORMAÇÃO EM SERVIÇO DESEJÁVEL

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
HETEROFORMAÇÃO	<i>Depende de nós, agora é preciso haver também que nos alerte que nos obrigue a reflectir, não com uma critica destrutiva mas construtiva (C:18)</i>
AUTOFORMAÇÃO	<i>Algumas coisas já nascem connosco, como eu costumo dizer, as pessoas já são assim, porque sempre foram, outras foram mudando, foram limando algumas arestas, mas é preciso haver alguém com capacidade para mudar (C:18)</i>
DEFINIÇÃO	<i>Não digo que ela deva estar articulada com o CFAP, acho que sim até porque requer um planeamento, requer certos pontos muito importantes do planeamento..., de identificação de necessidades, de estabelecimento de prioridades, saber se o problema é mesmo de enfermagem. ... A formação que eu digo continua no serviço porque a Formação em Serviço, também pode ser de estrutura e de resultados, porque nós podemos nós podemos fazer Formação em Serviço para qualquer problema existente no serviço não está a fazer bem, não precisa ser planeada nem precisa de ser certificada, portanto a formação continua no serviço deve ser certificada e só essa é que deve ser planeada e articulada com o CFAP (A:16), ... deve ser in loco, numa sala, num salão, e não necessariamente com os elementos todos. Devia ser feita numa semana, na semana que vem à segunda-feira, na semana a seguir ser feita tudo, inclusive comunicar os horários, de forma a que todos os elementos pudessem estar presentes como a reunião que é mensal. Vem quem pode, quem está é quem pode. Quem não pode não vem. Devia de haver uma forma de todos os elementos E tem ganho inclusive meios de fugir à teoria, de aplicar à prática fugindo à teoria (E:9), ... (acções de formação uma vez por mês é suficiente) Não, porque a formação não é contínua, deve ser contínua. É uma questão de alertar, um alerta. Mas tem que ser contínua, porque se não for contínua não vale a pena (E:2), e aí então, seria, poderia existir a avaliação da formação correctiva mas que teria de ser aquela avaliação dirigida para aquele enfermeiro naquele momento em entrevista pessoalmente, dando a oportunidade ao enfermeiro de poder colmatar aquele problema. Mas não deixando passar (A:16)</i>
ACTUAÇÃO	<i>... Portanto é que eu digo que há necessidade de reformular os critérios, fazê-los sair, para existir uma conduta única sobre a Formação em Serviço. Neste momento está um bocadinho, não tão linear quando estava, quando articulada pelo CFAP (A:9)</i>
MOTIVAÇÃO	<i>.. os enfermeiros têm que investir nos seus saberes não podem estar à espera que lhe dêem tempo. Agora eles têm que ter aquele envolvimento, naquele tempo que despendem, eles têm que ter um, uma motivação qualquer, e eu penso que nós conseguimos dar-lhe essa motivação, fazendo articular a Formação em Serviço com o CFAP e ser o CFAP o responsável pelos certificados da Formação em Serviço. Eu penso que os enfermeiros do hospital não queriam mais, não precisavam de mais, precisavam que a Formação em Serviço fosse articulada com o CFAP e que os , fosse declarada, que declarassem como que estiveram presentes, declarassem em como elas foram participar (A:10), e que era importante estimular as pessoas dando-lhes algum tempo, para ver um bocado os resultados daquilo que fazem, mas isso também não depende só de nós, é muito complicado (C:21)</i>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
CERTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO	<i>..., quando se resolveria tudo no centro de formação, que é uma estrutura acreditada, que é uma estrutura organizada e que resolvia um problema muito grande. Isto é a minha forma de pensar sobre isso (A:11), ..., o enfermeiro chefe, se dissesse no final do triénio quando lhe é pedido, na fundamentação da atribuição da menção qualitativa,..., ao verso da menção qualitativa da avaliação de desempenho e está lá tudo (A:11), mas na fundamentação teórica fosse manifestado todo aquele envolvimento do enfermeiro com parte activa, com parte passiva, ou seja como parte activa/palestrante, formador, formador de outros enfermeiros, como parte passiva, como participante (A:16)</i>
IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES	<i>... que por trás da Formação em Serviço deveria ser implementado correctamente e integralmente aquilo que diz para avaliação do desempenho dos enfermeiros. Que existe todo aquele processo de entrevistas, todo aquele processo de avaliação de desempenho,..., que as necessidades reais de Formação em Serviço deviam ser identificadas ali, na avaliação do desempenho dos enfermeiros (A:15), ... que a comissão técnica de avaliação estivesse a funcionar em pleno, e que as necessidades de formação deixassem de ser feitas pelos núcleos de formação... mas sim avaliação continua (A:15).</i>
ACTIVIDADES	<i>... ou até fazer cartazes para o serviço sei lá pegar naquilo e fazer uma coisa mais simples e pôr afixado no serviço, coisas assim. ... Sim (posters), coisas diferentes ou até mesmo coisas para doentes coisas que a gente fazia na escola simples, mas muitas vezes podia-se trazer novas coisas para aqui até para dar aos doentes ,acho que era bom também enriquecedor pegar nesses temas e fazer resumos, coisas interessantes (D:3), ... se calhar poderia dar directamente nos locais e demonstrar directamente ali, assim num espirito mais, ..., estar ali em contacto com os doentes, era uma maneira diferente, se calhar são as coisas que as pessoas nem se quer pensaram ou ainda não pensaram,... (D:9), Em relação às normas acho que deviam ser feitas em grupo, se calhar acho que alguém tem que pegar nisso (D:9), As normas deviam de ser sugeridas por todos, todos deviam de chegar a um consenso mas para isso é uma coisa mais complicada mais trabalhosa não sei, ou há alguém que se agrupe a fazer normas, mas depois há sempre críticas ou dizem que está errado, prontos mas se houvesse tudo bem iriam falar e chegar a um... e depois então os outros manifestam-se e de alguma forma chegam a algum consenso (D:9)</i>
MÉTODO DE FORMAÇÃO	<i>O (método) expositivo acho que é suficiente, mas também depende do tema de acção. O posicionamento e mais. E é o que eu digo, se não forem logo em foco ali, não vale a pena. ... Quando vão realizar uma acção de formação não é. Isto no dia tal, na enfermaria, na unidade, no dia tal... Se o doente está colaborante, e colabora tudo bem. Se não nem que seja um elemento fazer de doente, mas tem que ser no próprio dia da acção de formação, no próprio dia da acção de formação, no próprio acto. ... Só que é bater no ceguinho. É naquela altura e naquele momento. Se bem que depois, ao longo da acção de formação tem que haver pesquisa, tem sempre, há sempre alguma coisa que fica. Mas acho que os formadores nessa altura e a partir daí deviam ter livre arbítrio para manter a vitalidade dessa acção (E:2/3), Os enfermeiros referiram que não era necessário uma acção de formação para dar um grande conteúdo, dado que isso é pertença à formação inicial, mas sim uma discussão para entrar em consenso e para existir mudança (46)</i>
PARTICIPAÇÃO DAS/OS ENFERMEIRAS/OS	<i>(enfermeiro de outros serviços) Ai está, é uma decisão genial. Acho que sim, nós devíamos colaborar mais uns com outros. Nós levamos novidades e eles traziam outras, com os mesmos meios (D:5), Eu acho pessoas fora do hospital, eu acho que devia haver outros hospitais, outras coisas, é sempre</i>

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
PARTICIPAÇÃO DAS/OS ENFERMEIRAS/OS	<i>continuação</i> bom, traz sempre ideias novas, neste caso o hospital está demasiadamente focado nele e como em todos se calhar, eu não sei o que se passa nos outros mas se calhar se começasse a haver mais abertura para outras coisas faziam exposição melhor daqui do hospital (D:5), Outros profissionais também era importante, acho que devia haver muito mais abertura em relação à saúde a todos os níveis. Era muito mais benéfico para todos, embora as pessoas ainda não tenham percebido isso são outras exigências. Acho que era importante as pessoas partilharem conhecimentos com outros serviços. Isso é sempre bom a todas as áreas, há sempre situações que aparecem aqui (D:5), Médicos, Nutricionistas (D:5)
TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO	Não sei, um especialista e o enfermeiro chefe reuniam-se e depois o enfermeiro chefe ia falando ia transmitindo, pelo menos na primeira semana transmitir aquilo que ficou definido na acção de formação (D:7), ... o hospital podia-nos trazer mais informação daquilo que nós estamos disponíveis para fazermos formação, se podermos ir a outros serviços dar formação se podem trazer mais formação para nós, não ficarmos só pelo serviço, se calhar ir de encontro a outras coisas, acho que a mensagem da formação, daquilo que se passa nas acções de formação devia ser transmitido posteriormente a todos os colegas de alguma forma, não sei eu dei uma ideia mas eles depois podiam arranjar outra forma para nos transmitirem as mensagens que era importante para todas as pessoas ficarem a saber e não de repente embasbacar ali uma coisa que não está preparada ou que não sabia (D:9).
AValiação DE FORMAÇÃO	... que é desejável que fosse feita, não só por mim e pela especialista, mas pelas pessoas que estiveram a fazer a formação e que gostariam ver no campo que a formação que fizeram resultou que valeu a pena, se não valeu a pena sei lá, 80 ou 90%, valeu 50% vamos investir mais um bocadinho, ... que isto é tudo feito assim, um bocadinho às vezes em cima do joelho (C:21), ... as pessoas que ficassem responsáveis por determinada formação, tivessem a possibilidade de extra horário, lhes fosse contemplado x tempo, primeiro para preparar, para investir... (C:14), ... e depois para que isto tivesse tudo uma sequência, essas pessoas durante um período de tempo se mantivessem de forma a conseguir orientar os colegas, para conseguir fazer uma avaliação muito mais correcta da formação que foi feita, porque não é fácil. ... mesmo colega tendo feito a formação e tendo ficado responsável por aquela formação e depois vai-se fazer a avaliação, ele se tivesse oportunidade de acompanhar não estando no plano de trabalho,...,oportunidade de acompanhar os colegas, na prestação de cuidados, ele podia perfeitamente encaminhar, orientar e corrigir muitas coisas, e teria uma avaliação muito mais real, do que aquela que se faz (C:14/15), ... esses enfermeiros que fazem a formação deviam ter a possibilidade de extra horário laboral ou como supra numerário, no plano de trabalho, poderem acompanhar os colegas e fazerem ou dentro de uma grelha ou qualquer coisa e depois fazer o seu registo da acção de formação que foi feita, e dizer " olha durante estes quinze dias por exemplo, falhou isto assim, assim" e depois parar (C:20), ... Depois passado um mês voltarem os mesmos colegas porque houve um tempo de pausa os dois tiveram, vamos ver como é que isto está a ser feito agora se as pessoas continuam se não se esqueceram a tornar (C:20), Se fosse uma avaliação certinha que depois dê para depois fazer uma pausa, e depois voltar outra vez para ver se as coisas continuam na mesma ou se as pessoas continuam a cumprir, se estão a fazer direitinho, se há alguma dificuldade, onde estão a errar para se voltar a corrigir (C:21)